

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONHECIMENTO: FILOSOFIA E CUIDADO EM
SAÚDE E ENFERMAGEM**

KARINE PATRICIA STULP CARDOSO

**GRUPO DE ATENÇÃO BÁSICA E SUA ARTICULAÇÃO COM
A PROMOÇÃO DA SAÚDE**

**FLORIANÓPOLIS
2013**

Karine Patricia Stulp Cardoso

**GRUPO DE ATENÇÃO BÁSICA E SUA ARTICULAÇÃO COM
A PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Dissertação de Mestrado apresentada
ao Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal
de Santa Catarina, como requisito para
obtenção do título de Mestre em
Enfermagem - Área de Concentração:
Filosofia e Cuidado em Saúde e
Enfermagem. Linha de pesquisa:
Promoção da Saúde no Processo de
Viver Humano e Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Ivonete Teresinha
Schülter Buss Heidemann

FLORIANÓPOLIS
2013

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Cardoso, Karine Patricia Stulp
Grupo de Atenção Básica e sua articulação com a Promoção
da Saúde / Karine Patricia Stulp Cardoso ; orientador,
Ivone Te Teresinha Schülter Buss Heidemann - Florianópolis,
SC, 2013.
106 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Enfermagem. 3. Educação em Saúde. 4.
Promoção da Saúde. 5. Programa Saúde da Família. I.
Heidemann, Ivone Te Teresinha Schülter Buss . II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem. III. Título.

KARINE PATRICIA STULP CARDOSO

**GRUPO DE ATENÇÃO BÁSICA E SUA ARTICULAÇÃO COM
A PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela
Banca Examinadora para obtenção do Título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada em 01/10/2013, atendendo às normas da legislação vigente
da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação
em Enfermagem, Área de Concentração Filosofia e Cuidado em Saúde e
Enfermagem:

Dra. Vania Marli Schubert Backes
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:

Dra. Eliane Regina Pereira Do Nascimento
Presidente

Dr. Antônio De Miranda Wosny
Membro

Dra. Marta Inês Machado Verdi
Membro

Dra. Rosane Goncalves Nitschke
Membro

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, de abordagem qualitativa, com o objetivo de conhecer como a equipe de saúde desenvolve as atividades de promoção da saúde nos grupos de Atenção Básica em quatro municípios da Grande Florianópolis. A coleta de dados da pesquisa ocorreu no período de março a maio de 2013 em sete unidades de saúde de quatro municípios com equipes multiprofissionais atuantes nos grupos de Atenção Básica. O primeiro contato com os municípios deu-se através das Secretarias de Saúde, por meio do qual captou-se a realidade de cada município e no segundo momento foi realizado 08 (oito) entrevistas com um profissional de nível superior lotado nas Unidades Básicas sorteadas. A entrevista teve a duração de aproximadamente 40 minutos e foi realizada no local de atuação dos profissionais, mediante contato prévio e conforme a disponibilidade desses. Foram elencadas seis questões relacionadas às atividades realizadas nos grupos: qual tipo de formação você teve enquanto enfermeiro/profissional da equipe multiprofissional nos grupos de Atenção Básica? Qual metodologia você adota na condução dos grupos? Como emergem os temas para o desenvolvimento do grupo? Quais os assuntos incluídos nas ações do planejamento do grupo? Quais os resultados alcançados com o desenvolvimento do grupo? As entrevistas foram gravadas com autorização e posteriormente transcritas. Para a análise dos dados, optou-se pela análise de conteúdo de Minayo. Descreveram-se as categorias que emergiram, as quais, em seguida, discutiram-se à luz da fundamentação teórica da Carta de Ottawa e da revisão integrativa. Descreveram-se e discutiram-se os resultados por meio de dois manuscritos: grupos de atenção básica e equipe multiprofissional: fortalezas e fragilidades e Promoção da Saúde na concepção de profissionais da atenção básica: uma revisão integrativa. As fragilidades encontradas foram a falta de disponibilidade para realização dos grupos de Atenção Básica. Como potencialidades foram identificadas: a conscientização dos profissionais quanto à importância dos grupos e também a relevância das atividades de Promoção da Saúde, bem como a compreensão de como devem auxiliar a população frente aos diversos agravos. Além disso, exprime a concepção de Promoção da Saúde das equipes multiprofissionais e também sua forma de atuação nos grupos de Atenção Básica. Os dados apontaram informações importantes sobre o funcionamento e entendimento dos profissionais frente à temática Promoção da Saúde, que podem servir de fonte de reflexão para nós, pesquisadores e também para os que atuam em

Atenção Básica. Compreende-se como limitação deste estudo a dificuldade de expandir para outros profissionais, bem como para gestores e usuários do Sistema Único de Saúde. Recomendam-se novos estudos sobre esta temática com uma maior diversidade de profissionais inseridos no setor saúde.

Palavras-chave: Educação em Saúde. Atenção Primária à Saúde. Promoção da Saúde. Programa Saúde da Família. Equipe de Assistência ao Paciente

RESUMEN

Se trata de un estudio exploratorio -descriptivo, de abordaje cualitativo , con el objetivo de saber cómo el equipo desarrolla actividades de promoción de la salud en los grupos de atención primaria en cuatro ciudades de Florianópolis. Los datos fueron recolectados en la encuesta de marzo a mayo de 2013 en siete centros de salud en cuatro condados con equipos multidisciplinarios que trabajan en grupos de atención primaria. El primer contacto con los municipios se llevó a cabo a través de los Departamentos de Salud, por la que recogió la realidad de cada municipio y la segunda vez se llevó a ocho (08) entrevistas con un profesional de alto llena en la base sorteado. La entrevista duró aproximadamente 40 minutos y se llevó a cabo en el sitio de acción de los profesionales a través de un contacto previo y la disponibilidad de los mismos. Se enumeraron seis preguntas relacionadas con las actividades llevadas a cabo en grupos: ¿qué tipo de entrenamiento que tenía como enfermeras / equipo multidisciplinario de grupos profesionales en atención primaria? ¿Qué metodología se adopta cuando los grupos principales? Emerge como temas para el desarrollo del grupo? ¿Qué temas se incluyen en las acciones del grupo de planificación? Lo que se ha logrado con el desarrollo del grupo? Las entrevistas fueron grabadas y transcritas con el permiso. Para el análisis de los datos, se optó por la MINAYO análisis de contenido. Descrito las categorías que surgieron, que luego se discute a la luz de los fundamentos teóricos de la Carta de Ottawa y la revisión integradora. Han descrito y analizado los resultados a través de dos manuscritos: grupos de atención primaria y las fortalezas y debilidades del equipo multidisciplinario y de Promoción de la Salud en el diseño de la atención primaria: una revisión integradora. Las debilidades encontradas fueron la falta de disponibilidad para la realización de grupos de atención primaria. Como potenciales se identificaron: la conciencia de la importancia de los grupos profesionales, así como la pertinencia de las actividades de promoción de la salud, así como la comprensión de cómo ayudar a las personas contra diversas enfermedades. Por otra parte, expresa el concepto de promoción de la salud de los equipos multidisciplinarios y la forma en que opera en grupos de atención primaria. Los datos mostraron que la información importante sobre el funcionamiento y la comprensión de la Promoción de la Salud temática frente profesional, que puede servir como fuente de reflexión para nosotros, y también para los investigadores que trabajan en Atención Primaria. Se entiende como una limitación de este estudio es la

dificultad de ampliar a otros profesionales, así como los administradores y los usuarios del Sistema Único de Salud se recomiendan más estudios sobre este tema con un mayor número de profesionales involucrados en el sector de la salud.

Palabras clave: Educación para la Salud en el Programa de Atención Primaria de la Salud. Promoción de Salud de la Familia. Grupo de Atención al Paciente.

ABSTRACT

This is an exploratory-descriptive research, a qualitative approach, with the aim of knowing how the team develops health promotion activities health in primary care groups in four cities of Florianópolis. Data collection occurred during the survey from March to May 2013 in seven health facilities in four counties with multidisciplinary teams working in primary care groups. The first contact with the municipalities took place through the departments of health , through which picked up the reality of each municipality and the second time we carried eight (08) interviews with a higher professional crowded in the basic raffled . The interview lasted approximately 40 minutes and was held at the site of action of professionals through prior contact and as the availability of these. Were listed six questions related to the activities carried out in groups: what type of training you had as nurses / multidisciplinary team of professional groups in primary care? What methodology you adopt when leading groups? Emerge as themes for the development of the group? What subjects are included in the actions of the planning group? What has been achieved with the development of the group? The interviews were recorded with permission and transcribed. For data analysis, we opted for the content analysis Minayo. Described the categories that emerged, which then discussed in the light of the theoretical foundation of the Ottawa charter and integrative review. Been described and discussed the results through two manuscripts: groups of primary care and multidisciplinary team strengths and weaknesses and health promotion in the design of the primary care: an integrative review. The weaknesses found were the lack of availability for the realization of groups of primary care. As potential were identified: awareness of the importance of professional groups and also the relevance of health promotion activities, as well as understanding how to help people against various diseases. Furthermore, it expresses the concept of health promotion of multidisciplinary teams and also the way it operates in groups of primary care. The data showed important information about the operation and understanding of the professional front thematic health promotion, which may serve as a source of reflection for us, and also for researchers working in primary care. It is understood as a limitation of this study the difficulty of expanding to other professionals as well as managers and users of the unified health system are recommended further studies on this topic with a wider range of professionals involved in the health sector.

Keywords: Health Education in Primary Health Care. Health Promotion. Family Health Program. Patient Care Team

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS - Centro de Apoio Psicossocial

DATASUS - Departamento de Informática do SUS/MS

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

ESF - Estratégia Saúde da Família

UNICEF - United Nations Children's Fund

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LOS - Lei Orgânica da Saúde

MS - Ministério da Saúde

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NEPEPS - Núcleo de Extensão e Pesquisa em Enfermagem e Promoção da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF - Programa Saúde da Família

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SIAB - Sistema de Informação de Atenção Básica

SUS - Sistema Único de Saúde

UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

WHO - Organização Mundial da Saúde

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Apresentação dos artigos selecionados na pesquisa SciELO, com publicações nacionais e internacionais, no período de 2007 a junho de 2011.....	32
Quadro 2. Síntese das Tendências Pedagógicas.	52
Quadro 3. Quadro descritivo dos principais grupos de Atenção Básica encontrados no primeiro semestre de 2013.	76

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribuição dos profissionais por área de atuação, 2013. ...	64
Gráfico 2. Média do tempo de formação e tempo de serviço dos profissionais na ESF, 2013.....	65
Gráfico 3. Formação complementar dos profissionais, 2013.	66

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	21
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA	21
1.2 OBJETIVO GERAL	25
1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
 2 REVISÃO DE LITERATURA.....	27
2.1 MANUSCRITO I - PROMOÇÃO DA SAÚDE NA CONCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	27
2.1.1 Introdução	29
2.1.2 Métodos.....	30
2.1.3 Apresentação e discussão dos resultados	31
2.1.4 Educação em saúde para o autocuidado.....	35
2.1.5 Cuidado com o outro.....	35
2.1.6 Promoção da saúde verticalizada X troca de experiências	36
2.1.7 Concepções sobre educação em saúde	37
2.1.8 Considerações finais	38
2.1.9 Referências.....	39
 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	43
3.1 PRINCÍPIOS TEÓRICOS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE .	43
3.2 ESTRATÉGIAS DA CARTA DE OTTAWA	45
3.3 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE/ ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	47
3.3.1 Sistema Único de Saúde.....	47
3.3.2 Estratégia saúde da família.....	48
3.4 PROMOÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL – POLÍTICA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE	49
3.5 TENDÊNCIAS PEDAGÓGICAS.....	50
3.6 EDUCAÇÃO EM SAÚDE	56
3.7 GRUPOS NA ATENÇÃO BÁSICA	58
 4 METODOLOGIA.....	61
4.1 TIPO DE PESQUISA	61
4.2 LOCAL DE PESQUISA/ CENÁRIO	61
4.3 ENTRADA NO CAMPO.....	63
4.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA	64
4.5 COLETA DE DADOS	66
4.6 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS	67

4.7	ASPECTOS ÉTICOS	68
5	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	69
5.1	MANUSCRITO II – GRUPOS DE ATENÇÃO BÁSICA E EQUIPE de saúde: FORTALEZAS E FRAGILIDADES.....	69
5.1.1	Introdução	71
5.1.2	Metodologia.....	73
5.1.3	Resultados.....	75
5.1.3.1	Categoria: Formação dos grupos	77
5.1.3.2	Categoria: Estratégias metodológicas utilizadas nos grupos	79
5.1.3.3	Categoria: Dificuldades para realização dos grupos	80
5.1.3.4	Categoria: Capacitação dos profissionais	82
5.1.3.5	Discussão	83
5.1.4	Considerações finais	85
5.1.5	Referências	86
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
7	REFERÊNCIAS	93
8	APÊNDICES.....	99
8.1	APÊNDICE I.....	99
8.2	APÊNDICE II	100
8.3	APÊNDICE III	102
9	ANEXOS	105
9.1	ANEXO I	105
9.2	ANEXO II	106

INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA

No século XVIII, a história da saúde pública se apresenta de forma bastante relacionada com a construção da civilização, dos aglomerados urbanos, da vida em comunidades mais sofisticadas, que demandavam maior nível de organização dos corpos. Nesse século, também se iniciam as primeiras observações sobre a importância da saúde física e mental dos indivíduos para o desenvolvimento da sociedade (RESTREPO, 2001).

Em 1986, foi realizada na cidade de Ottawa, no Canadá, a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, ocasião em que se caracterizou a Promoção da Saúde como “um processo de capacitação dos indivíduos e comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (WHO, 1986).

Na carta de Ottawa são descritas cinco estratégias de ação para a promoção da saúde, que são: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais, reorientação dos sistemas e serviços de saúde.

Cabe ressaltar a diferença entre promoção e prevenção da saúde, destacada por Cezarina (2003). Segundo a autora, as ações preventivas definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. Os projetos de prevenção e de educação em saúde estruturam-se mediante a divulgação de informação científica e de recomendações normativas de mudanças de hábitos; já as estratégias de promoção enfatizam a transformação das condições de vida e de trabalho, demandando uma abordagem intersetorial.

No Brasil, em março de 1986 ocorreu o evento político-sanitário mais importante da segunda metade do século passado, a VIII Conferência Nacional de Saúde, onde foram lançadas as bases doutrinárias de um novo sistema público de saúde. Essa conferência teve desdobramentos imediatos num conjunto de trabalhos técnicos desenvolvidos pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária que serviriam de base à elaboração da Seção da Saúde da Constituição Federal de 1988. O relatório final da conferência colocou três grandes referenciais para a reforma sanitária brasileira: um conceito amplo de saúde; a saúde como direito da cidadania e dever do Estado; e a

instituição de um sistema único de saúde, organizado pelos princípios da universalidade, da integralidade, da descentralização e da participação da comunidade (BRASIL, 2006).

O SUS constitui um projeto social único que se materializa por meio de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde da população. Se propõe a promover a saúde, com prioridade para as ações preventivas e democratizando as informações relevantes para que a população conheça seus direitos e os riscos a sua saúde.

Para isso, o Ministério da Saúde cria o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 e que serviu como elo para o programa que seria criado três anos depois, o PSF (Programa Saúde da Família), hoje denominado ESF (Estratégia Saúde da Família). Esse Programa foi inicialmente instituído com o objetivo de proporcionar acessibilidade à saúde e dirigir ações voltadas ao coletivo. Partindo deste contexto, o ESF consolidou-se como estratégia principal e prioritária na reorganização da Atenção Básica (BRASIL, 2006a).

Com a criação da ESF, o governo aprova em 2006, através da Portaria nº 648 a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), caracterizando Atenção Básica como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Busca, ainda, a promoção da saúde a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou sofrimento que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006b).

Em 2012, o Ministério da Saúde relança uma nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que atualizou conceitos na política e introduziu elementos ligados ao papel desejado da Atenção Básica na ordenação das Redes de Atenção. Avançou na afirmação de uma Atenção Básica acolhedora, resolutiva e que avança na gestão e coordenação do cuidado do usuário nas demais Redes de Atenção. Avançou, ainda, no reconhecimento de um leque maior de modelagens de equipes para as diferentes populações e realidades do Brasil. Além dos diversos formatos de ESF, houve a ampliação do número de municípios que podem ter Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), criado em 2008 (BRASIL, 2011).

A partir das definições constitucionais, da legislação que regulamenta o SUS, das deliberações das Conferências Nacionais de Saúde e do Plano Nacional de Saúde com a Política Nacional de Atenção Básica, o Ministério da Saúde propõe a Política Nacional de Promoção da Saúde (2005) num esforço para o enfrentamento dos

desafios de produção da saúde num cenário sócio-histórico cada vez mais complexo e que exige a reflexão e qualificação contínua das práticas sanitárias e do sistema de saúde (BRASIL, 2006b).

O Ministério da saúde cria em setembro de 2005 a Agenda de compromisso na saúde que agrega três eixos: O Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), O Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. Destacamos o Pacto em Defesa da Vida, uma vez que entre suas prioridades está a Promoção da Saúde.

Dentre as macro-prioridades do Pacto em Defesa da Vida, possui especial relevância o aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços prestados no SUS, com a ênfase para o fortalecimento e qualificação estratégica da Saúde da Família; A Promoção, Informação e Educação em Saúde com ênfase na Promoção de atividade física, na Promoção de hábitos saudáveis de alimentação e vida, controle do tabagismo; controle do uso abusivo de bebida alcoólica; cuidados especiais voltados ao processo de envelhecimento (BRASIL, 2006c).

Tendo a Atenção Básica como o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde, essa deveria constituir-se no primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção em saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham. Seus componentes fundamentais incluíram desde atividades de promoção e educação em saúde, prevenção de doenças e agravos e atenção curativa (BRASIL, 2010).

Como facilitadores desse processo de Promoção e educação em saúde, os grupos de Atenção Básica são instrumentos para olhar as relações e os modos de viver. Possuem uma importante característica da “troca de experiências”, sendo interessante a produção de um espaço para que as pessoas possam falar de sua experiência de adoecimento ou de sua condição de vida e das formas que encontraram para agir no cotidiano, para que os demais aprendam, espelhem-se ou criem novas formas para enfrentar situações semelhantes. Essa forma de organização e esse objetivo facilitam a formação de vínculo e a relação de cuidado entre as pessoas (BRASIL, 2010).

A Educação em Saúde é um artefato capaz de produzir ação, é um processo de trabalho dirigido para atuar sobre o conhecimento das pessoas para que ocorra desenvolvimento de juízo crítico e capacidade de intervenção sobre suas próprias vidas, ou seja, apropriação da existência como ser humano (BRASIL, 2006).

Uma das formas de se realizar atividades de educação em saúde é através dos grupos de Atenção Básica. O trabalho de grupos em atenção

primária é uma alternativa para as práticas assistenciais. Estes espaços favorecem o aprimoramento de todos os envolvidos, não apenas no aspecto pessoal como também no profissional, por meio da valorização dos diversos saberes e da possibilidade de intervir criativamente no processo de saúde-doença de cada pessoa (DIAS et al, 2009).

Como forma de condução dos grupos, tem-se várias vertentes. Alguns profissionais optam por adotar uma forma mais participativa, sendo denominada de tendência pedagógica libertadora, onde há uma troca de saberes entre profissionais e usuários participantes dos grupos. Já em outros grupos, ainda predomina a visão bancária, onde somente um, no caso o profissional, é detentor do saber.

Diante do exposto, a minha trajetória, como enfermeira, iniciou em 2006, quando terminei a graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Em 2007 iniciei na Atenção Básica, como enfermeira de ESF da cidade de Florianópolis por dois anos e em 2010 nos municípios circunvizinhos que oportunizou o contato com as equipes do NASF e indagação de como os profissionais da ESF atuam na educação e promoção da saúde da população. Atuei como professora substituta no Departamento de Enfermagem/UFSC, nas disciplinas de Processo de Viver Humano I, II e III, ampliando a visão e inquietação acerca da temática da promoção da saúde. Em 2010 realizei especialização em Saúde da Família no Departamento de Saúde Pública em convênio com o Ministério da Saúde.

Participando das atividades do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Enfermagem e Promoção da Saúde (NEPEPS), me inseri no projeto Universal, Edital MCT/CNPq Nº 014/2011 intitulado “Possibilidades e limites para implantação da política de promoção da saúde na atenção básica: investigação de questões problemáticas”. A partir disto, foi possível o desenvolvimento desta dissertação, que teve a responsabilidade de identificar a incorporação das ações de Promoção da Saúde do enfermeiro e da equipe de saúde inseridos nos grupos de Atenção Básica de quatro (04) municípios da região da grande Florianópolis – SC.

O Núcleo de Extensão e Pesquisa em Enfermagem e Promoção da Saúde (NEPEPS) foi formado no final de 1993, e desenvolve atividades de extensão na temática da educação em saúde, promoção da saúde, atenção básica, saúde da família, tanto na área urbana e rural. O grupo trabalha com base em referenciais teóricos que abordam o saber/fazer da população/grupos/famílias, com a finalidade de desencadear processos que estimulam a troca de conhecimentos com os profissionais. Tem como linhas de pesquisa os saberes compartilhados

com o sistema familiar de cuidado e a educação em saúde, promoção da saúde, na abordagem Freireana.

Com base na contextualização, surgiu o questionamento: Como os profissionais da atenção básica, estão desenvolvendo os grupos de Atenção Básica nos quatro municípios da região da grande Florianópolis?

1.2 OBJETIVO GERAL

Conhecer como a equipe de saúde desenvolve as atividades de promoção da saúde nos grupos de Atenção Básica em quatro municípios da Grande Florianópolis.

1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- I. Caracterizar as Unidades de Saúde e identificar os Grupos de Atenção Básica existentes em quatro municípios da grande Florianópolis;
- II. Identificar as tendências pedagógicas utilizadas nas atividades de Promoção da Saúde pelas equipes de saúde em quatro municípios da Grande Florianópolis;
- III. Conhecer a inserção da equipe de saúde existentes no que se refere à atuação em grupos de Atenção Básica;
- IV. Analisar em base de dados os conceitos de estudos que abordam as atividades grupais de Atenção Básica pelas equipes de saúde.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Como revisão de literatura, realizou-se um manuscrito (manuscrito I), uma vez que realizando uma revisão integrativa nos permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo (POLIT; BECK, 2006).

2.1 MANUSCRITO I - PROMOÇÃO DA SAÚDE NA CONCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

HEALTH PROMOTION IN THE CONCEPTION OF PROFESSIONALS OF PRIMARY CARE: AN INTEGRATIVE REVIEW

PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL DISEÑO DE PROFESIONALES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA: UNA REVISIÓN INTEGRAL

Karine Patricia Stulp Cardoso¹, Ivonete Teresinha Schulter Buss Heidemann²

RESUMO

A promoção da saúde como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro auxilia na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde. Objetivo: analisar as produções científicas que abordam as atividades de grupo na Atenção Básica pelas equipes de saúde. Método: trata-se de uma Revisão Integrativa de literatura com abordagem qualitativa e baseada nas etapas descritas por Ganong (1987), no período de 2007 a junho de 2011. Resultado e discussão: Obteve-se 35 (trinta e cinco artigos) após busca na base de dados SciELO (Scientific Eletronic Library Online), com publicações nacionais e internacionais. A partir da leitura dos estudos, foram

¹ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). E-mail: kastulp@gmail.com.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). E-mail: ivonete@ccs.ufsc.br.

identificadas que há poucos artigos que correlacionem a educação em saúde com a Estratégia Saúde da Família. De 35 artigos, somente sete destacaram a relação da Estratégia de Saúde da Família com as atividades de educação em saúde. Conclusão: Ao analisar os artigos percebe-se que os profissionais centram-se na realização do atendimento individual e atêm-se aos marcadores proposto pelos Planos do Ministério da Saúde, colocando em segundo plano a educação em saúde. **Palavras-chave:** promoção da saúde, equipe de cuidados de saúde, educação em saúde, grupo.

ABSTRACT

Health promotion as a way of thinking and operating articulated with other policies and technologies developed in the Brazilian health system assists in the construction of actions which allow to respond to social needs in health. Objective: To analyze the scientific productions that address group activities in primary health care teams. Method: This is an integrative review of the literature with a qualitative approach based on the steps described by Ganong (1987), in the period 2007 to June 2011. Results and discussion: Obtained 35 (thirty-five articles) after searching the database SciELO (Scientific Electronic Library Online), with national and international publications. From the reading of studies have identified that there are few articles which relate to health education with the Family Health Strategy. 35 articles, only seven highlighted the relationship of the Family Health Strategy with the activities of health education. Conclusion: Analysis of the articles it is clear that professionals focus on achieving individual care and generally keep up to the markers proposed by the Ministry of Health Plans, placing second plan health education.

Keywords: health promotion, health care staff, health education, group.

RESUMEN

Promoción de la salud como una manera de pensar y de operar articulada con las demás políticas y tecnologías desarrolladas en el sistema de salud brasileño colabora en la construcción de acciones que permitan dar respuesta a las necesidades sociales en materia de salud. Objetivo: Analizar las producciones científicas que se ocupan de las actividades de grupo en los equipos de atención primaria de la salud. Método: Se trata de una revisión integradora de la literatura con un enfoque cualitativo basado en los pasos descritos por Ganong (1987), en el período de 2007 a junio de 2011. Resultados y discusión: Se obtiene 35 (treinta y cinco artículos), después de buscar la base de datos SciELO

(Scientific Electronic Library Online), con publicaciones nacionales e internacionales. De la lectura de los estudios han identificado que hay algunos artículos que se refieren a la educación sanitaria de la Estrategia de Salud de la Familia. 35 artículos, sólo siete destacaron la relación de la Estrategia Salud de la Familia en las actividades de educación para la salud. Conclusión: El análisis de los artículos es evidente que los profesionales se centran en lograr una atención individual y general, continuar a los marcadores propuestos por el Ministerio de los Planes de Salud, colocando en segundo plan de educación para la salud.

Palabras clave: promoción de la salud, personal de salud, grupo de educación para la salud.

2.1.1 Introdução

O conceito de Promoção da Saúde representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos. Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe-se a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução (BUSS, 2000).

Segundo Brasil (2006), a promoção da saúde como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde.

Para o mesmo autor, no Sistema Único de Saúde, a promoção da saúde é retomada como uma possibilidade de enfocar os aspectos que determinam o processo saúde-adoecimento em nosso País – como, por exemplo: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada e deteriorada; e potencializam formas mais amplas de intervir em saúde.

A Educação em Saúde, com vistas à Promoção da Saúde, tem por objetivo estimular os participantes para atuarem como agentes transformadores e partícipes de movimentos que defendam a preservação e a sustentabilidade do meio-ambiente, que lutem por melhores condições de vida e saúde, que tenham maior acesso às informações em saúde, à cultura e ao lazer (IERVOLINO; PELICIONI, 2005).

Com o objetivo de criar vínculos entre a ação do profissional de saúde e o pensar/fazer cotidiano da população, a educação em saúde visa capacitar indivíduos e/ou grupos para assumir e melhorar suas condições de vida. Assim, esta ação deve ser estimulada, com vistas a levar o indivíduo a participar do processo educativo de transformação: a) exercitativa, condição para aquisição e formação de hábitos, assim como para a assimilação, construção e reconstrução de experiências; b) orientadora, com enfoque nos aspectos de liberdade, autoridade, autonomia e independência; c) didática, que se responsabiliza pela transmissão e veiculação dos conhecimentos e terapêutica para permitir retificar os eventuais descaminhos do processo educativo (VERAS et al, 2003).

Com base na contextualização, surgiu o questionamento: Como as atividades de grupo na Atenção Básica são desenvolvidas pelas equipes de saúde, de acordo com a literatura científica?

Este estudo teve como objetivo analisar as tendências educativas de artigos que abordam as atividades de grupo na Atenção Básica pelas equipes de saúde.

2.1.2 Métodos

Para responder o objetivo proposto, optou-se por realizar a revisão integrativa, pois esta permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo (POLIT; BECK, 2006).

A proposta da revisão integrativa é reunir e sintetizar as evidências disponíveis na literatura e as suas conclusões serão questionadas caso a sua construção seja baseada numa metodologia questionável (GANONG, 1987).

As etapas foram conduzidas a partir das seguintes etapas: escolha da pergunta de pesquisa; definição dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos; inclusão dos estudos selecionados em formato de tabela construída a partir do Microsoft Excel, organizados por ano; discussão e análise dos resultados, apresentando a análise de conteúdo de Minayo (2010); apresentação do estudo em forma de artigo científico.

Para isso, realizou-se busca na base de dados: SciELO (Scientific Eletronic Library Online), com publicações nacionais e internacionais, no período de 2007 a junho de 2011. Cabe ressaltar que o período de leitura deu-se de maio de 2012 a agosto do mesmo ano. Os descritores utilizados foram: *promoção da saúde and equipe multiprofissional or educação em saúde or grupo*.

Como critérios de inclusão utilizou-se artigos derivados de pesquisas; estudos que abordam as ações de Promoção/Educação em Saúde pela equipe multiprofissional; artigos completos publicados em periódicos científicos disponibilizados gratuitamente online. Como critérios de exclusão não foram incluídos trabalhos cujo tema seja apresentado como recomendação nos resultados e conclusões ou esteja apresentado apenas na revisão de literatura ou referencial teórico repetidos. Além de resumos de teses e dissertações e relatos de experiências.

A análise dos dados foi realizada a partir dos passos metodológicos de Minayo (2004) e baseado no referencial teórico da Promoção da Saúde. Minayo (2004) explora que a análise dos dados se desdobra em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos com sua interpretação.

A primeira parte da revisão resultou em 150 (cento e cinquenta) artigos. Seguindo os critérios de exclusão e inclusão, obteve-se 41 (quarenta e um) artigos. Após esgotamento de leitura, obteve-se, por fim, 35 (trinta e cinco) artigos. Esses artigos foram analisados na íntegra, adequando-se ao proposto pelo protocolo da revisão integrativa.

A partir desta análise elencaram-se os artigos encontrados em quatro categorias, sendo elas: visão do paciente sobre autocuidado; cuidado com o outro; promoção da saúde verticalizada X troca de experiências e reflexão sobre educação em saúde.

2.1.3 Apresentação e discussão dos resultados

Na tabela 1, abaixo descrita, encontramos os artigos selecionados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão do estudo. Como se pode visualizar, dos 35 artigos revisados, 01 (2,8%) foi publicado em 2007; 14 (40%) em 2008; 09 (25,7%) em 2009; 04 (11,4%) em 2010; 07 (20%) em 2011.

Dentre as publicações selecionadas, observou-se que 17 (48,5%) foram publicadas em periódicos que contemplam a área da enfermagem e, as demais, 51,5% foram publicadas em periódicos da saúde em geral. O Estado que predominou em número de periódicos e consequentemente em número de artigos foi o Estado de São Paulo (SP), apresentando respectivamente 8 periódicos (47%) e 16 artigos (45,7%); seguido do Rio de Janeiro (RJ), com 5 periódicos (29,4%) e 11 artigos (31,4%); Santa Catarina (SC), com 1 periódico (5,8%) e 4 artigos (11,4%); Distrito Federal (DF), com 1 periódico (5,8%) e 2

artigos (5,7%); Rio Grande do Sul e Minas Gerais, cada um com 1 periódico (5,8%) e 1 artigo (2,8%).

Quadro 1. Apresentação dos artigos selecionados na pesquisa SciELO, com publicações nacionais e internacionais, no período de 2007 a junho de 2011.

Nome do artigo	Periódico	Tipo	Ano
1. Uma proposta de construção da base operacional do processo de trabalho educativo em saúde coletiva.	Rev. Latino-Am. Enfermagem	Artigo Original	2007
2. Sexualidade feminina: questões do cotidiano das mulheres	Texto Contexto Enferm	Pesquisa	2008
3. Estágios de mudança dos pais nas conversas com os filhos sobre prevenção HIV/AIDS	Rev. Latino Am. Enfermagem	Artigo Original	2008
4. The attitudes of primary school children to breastfeeding and the effect of health education lectures	Jornal de Pediatria	Artigo Original	2008
5. Oficinas sobre sexualidade na adolescência: Revelando vozes, desvelando olhares De estudantes do ensino médio	Esc Anna Nery Rev Enferm	Pesquisa	2008
6. Modos de sentir e aprender entre mulheres Em um projeto de educação popular em saúde	Esc Anna Nery Rev Enferm	Pesquisa	2008
7. Intervenção educacional em equipes do Programa de Saúde da Família para promoção da amamentação	Rev Saúde Pública	Artigo Original	2008
8. Estudo exploratório sobre aleitamento materno entre escolares de quinta série do Ensino Fundamental	Cad. Saúde Pública	Artigo	2008
9. Competência dos enfermeiros na atuação como educador em saúde	Rev Bras Enferm	Pesquisa	2008
10. Competências para ação educativa da enfermeira	Rev Latino-am Enfermagem	Artigo Original	2008
11. Avaliação de uma cartilha educativa de promoção ao cuidado da criança a partir da percepção da família sobre temas de saúde e cidadania	Rev. Escola Enferm USP	Artigo Original	2008
12. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em	Texto contexto – enferm	Artigos originais	2008

Nome do artigo	Periódico	Tipo	Ano
trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida			
13. Knowledge of diabetic patients about their disease before and after Implementing a diabetes education program	Rev Latino-am Enfermagem	artigo	2008
14. Interrompendo rotas, higienizando pessoas: técnicas sanitárias e seres humanos na ação de guardas e visitadoras sanitárias	Ciênc. saúde coletiva	Artigo	2008
15. Empoderamento da mulher cuidadora de crianças com Necessidades especiais de saúde	Texto Contexto Enferm	Pesquisa	2008
16. A educação em saúde como estratégia para o cuidado à Gestante, puérpera e ao recém-nascido	Texto Contexto Enferm	Artigo original	2009
17. A percepção da comunidade sobre a atuação do Serviço de Atenção Farmacêutica em ações de educação em saúde relacionadas à promoção do uso racional de medicamentos	Saude soc	Artigo	2009
18. Avaliação participante de práticas Educativas em serviços de saúde	Cad. Cedes, Campinas	Artigo	2009
19. Conhecimento sobre asma das mães de crianças acometidas pela patologia, em área coberta pelo Programa Saúde da Família	Rev. bras. epidemiol.	Artigos originais	2009
20. Construção da participação comunitária para a prevenção de acidentes domésticos infantis	Rev Bras Enferm	Pesquisa	2009
21. Construindo o diálogo entre saberes para ressignificar a ação educativa em saúde	Acta Paul Enferm	Artigo Original	2009
22. Experiências inovadoras de cuidado no Programa Saúde da Família (PSF): potencialidades e limites	Interface	Artigo	2009
23. Educação em saúde: o olhar da equipe de saúde da família e a Participação do usuário	Rev Latino-am Enfermagem	Artigo Original	2009
24. Práxis educativa em saúde dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família	Ciência & Saúde Coletiva	Artigo	2009

Nome do artigo	Periódico	Tipo	Ano
25. Addressing Alcohol in the Context of Elementary Education: the Social Imaginary Reconstruction of Teachers	Rev. Latino-Am. Enfermagem	Artigo original	2010
26. Conhecimento dos professores sobre o manejo da criança Com diabetes mellitus	Rev. Latino-Am. Enfermagem	Artigo Original	2010
27. Educação em saúde da pessoa idosa em discursos e práticas: atividade física como sinônimo de saúde	Interface	Artigo	2010
28. Promoção da saúde sexual: Desafios no vale do São Francisco	Psicologia & Sociedade	Artigo	2010
29. Articulação ensino–serviço e vigilância da saúde: a percepção de Trabalhadores de saúde de um distrito escola	Trab. Educ. Saúde	Artigo	2011
30. Comunicação e educação nas consultas de crianças com infecções respiratórias agudas	Rev Esc Enferm USP	Artigo original	2011
31. Educação terapêutica para diabéticos: os cuidados com os pés na realidade de pacientes e familiares	Ciência & Saúde Coletiva	Artigo	2011
32. Grupos de educação em saúde: aprendizagem permanente com pessoas Soropositivas para o HIV	Trab. Educ. Saúde	Artigo	2011
33. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG)	Ciência & Saúde Coletiva,	Artigo	2011
34. Relações entre concepções e práticas de educação em saúde na visão de Uma equipe de saúde da família	Trab. Educ. Saúde	Artigo	2011
35. Violência e Saúde: Concepções de Profissionais de uma Unidade Básica de Saúde	Revista brasileira de educação médica	Artigo	2011

Fonte: Pesquisa realizada pela autora, 2013.

A seguir, serão discutidas as categorias levantadas de acordo com os temas encontrados nos estudos publicados.

2.1.4 Educação em saúde para o autocuidado

Com relação ao objetivo desta revisão, ou seja, analisar os conceitos e estruturas metodológicas de estudos que abordam as atividades de grupo na Atenção Básica pelas equipes multiprofissionais de saúde, observou-se que em alguns artigos^{2,12,13} abordavam prioritariamente a visão do usuário, sendo artigos que propunham propostas mais voltadas ao cuidado de si (autocuidado), abordando em quase nada a visão dos profissionais.

O processo educativo na promoção da saúde deve ser sistemático e pode colaborar para a tomada de decisão, tanto individual quanto coletivamente, na perspectiva de uma vida saudável. Significa dizer que a Educação em Saúde deve promover, por um lado, o senso de identidade individual, a dignidade e a responsabilidade e, por outro, a solidariedade e a responsabilidade comunitária (GURGEL et al, 2008).

Um dos aspectos do cuidado que se reconfigura e ganha destaque na nova perspectiva de saúde ampliada é o autocuidado. Ao trazer o foco para o usuário, empoderando-o dentro do processo transformativo da atenção em saúde, agora a responsabilidade do usuário de saber de si e de seu tratamento passa a ser fundamental (CAMARGO-BORGES; JAPUR, 2008).

Para melhorar a saúde é preciso pensar sobre seu estilo de vida atual e assumir hábitos saudáveis, que podem ser em relação à alimentação, à atividade física, lazer ou outras mudanças que promovam o bem estar e evitem o aparecimento/complicações de algumas doenças. Isso é o autocuidado: olhar para si, observar e escolher ações e formas para cuidar da sua saúde (BRASIL, 2011).

Podemos destacar com o conteúdo dos artigos sobre autocuidado, o conceito de Promoção da Saúde, assumido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) desde 1986, como um processo de capacitação da comunidade para melhorar suas condições de vida e saúde. Seu significado contém uma combinação de ações: do Estado nas suas políticas públicas de saúde; da comunidade, com o reforço das ações comunitárias; dos indivíduos com o desenvolvimento das habilidades; de reorientação das intervenções para ações conjuntas intersetoriais (SANTOS et al, 2006).

2.1.5 Cuidado com o outro

Em outros artigos^{3,6,11,15,19,25,26} o foco era o cuidador ou pais dos portadores de alguma doença.

Teixeira (2008)⁶ afirma que quando uma pessoa é tornada consciente, ela compartilha o seu saber e coloca o conhecimento a serviço dos outros, da vida, enfim, do mundo humano. Essa partilha representa a experiência mútua vivida e a confiança que nela/dela emerge.

Tendo em vista a teoria Freireana, a mulher cuidadora, no caso do artigo citado, por meio do conhecimento/educação como instrumento libertador, é quem pode fazer a tomada de consciência buscando o controle de sua vida por meio do empoderamento individual. Ao fazer uma reflexão sobre sua condição (tomada de consciência) e possuir os elementos necessários por meio da ação-reflexão-ação, poderá realizar uma transitividade da consciência ingênua para a crítica³.

Na área da saúde, este referencial teórico de Paulo Freire contribui para a construção de relações dialógicas entre os diversos atores do cenário de cuidado. As atividades, especialmente de promoção, direcionam para os indivíduos e o ambiente, através de políticas públicas que proporcionem o desenvolvimento da saúde e o reforço da capacidade do ser humano e da comunidade, ou seja, empowerment (BUSS, 2000).

2.1.6 Promoção da saúde verticalizada X troca de experiências

Outros estudos^{30,32,33,34} relatam que ainda prevalece uma concepção de promoção da saúde de forma verticalizada, impositiva, ficando o profissional ainda como pleno detentor do poder. A palavra “palestra” foi citada nos artigos^{4,17} como forma de reforçar o papel da equipe de saúde¹⁷. Segundo Gazzinelli et al (2005), quando ocorre esse tipo de relação linear entre o saber instituído e o comportamento, via de regra, a educação se torna normativa. Essa estratégia favorece primordialmente a unidirecionalidade e a não-dialogicidade do processo, ficando a população apenas como receptores dos saberes e cabendo aos profissionais a transmissão dos conhecimentos técnicos sobre as patologias.

Nos artigos^{21,32} evidenciou-se que a metodologia voltada à Promoção da Saúde ocorre através da troca de ideias e experiências mútuas³². Esse processo é reflexivo e participativo, contribuindo para a qualidade de vida, através do autoconhecimento. Em outro²¹, usava a expressão educação em saúde para indicar orientação, ensino para prevenção de doenças com a participação dos usuários através da expressão de seus sentimentos e emoções. A abordagem lúdica teve papel fundamental para a promoção de saúde com adolescentes⁵.

Os grupos na Atenção Básica possuem importante característica da “troca de experiências”, sendo pertinente a produção de um espaço para que as pessoas possam falar de sua experiência de adoecimento ou de sua condição de vida e das formas que encontraram para agir no cotidiano, para que os demais aprendam, espelhem-se ou criem novas formas para enfrentar situações semelhantes. Essa forma de organização e esse objetivo facilitam a formação de vínculo e a relação de cuidado entre as pessoas (BRASIL, 2010).

2.1.7 Concepções sobre educação em saúde

Nos artigos^{20,23} há uma reflexão sobre a atuação ampla da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na educação em saúde, definindo como uma concepção da educação pela ESF. Evidenciou-se que essas ações educativas são percebidas pelos profissionais como orientação e ensino a prevenção de doenças. A participação dos usuários envolveu escuta e atenção²³.

A abordagem diretamente com os profissionais se deu presente nos artigos^{7,35,31,29,27} nas mais diversas formas, como por exemplo a avaliação das concepções de educação em saúde pelos profissionais da saúde em geral^{17,14,16, 18,29} e mais especificamente os enfermeiros^{9,10,24}. No artigo¹⁶ é definida a educação em saúde como forma de cuidar e espaço para troca de experiências e saberes. Já o artigo²⁴ refere que há tensão entre os dois modelos educativos: o tradicional e o dialógico.

A educação popular em saúde se contrapõe ao autoritarismo da cultura sanitária e ao modo tradicional de definir técnica e politicamente intervenções na área de saúde, lutando pela transformação das relações de subordinação e de interlocução, em favor da autonomia, da participação das pessoas comuns e da interlocução entre saberes e práticas (STOTZ, 2007).

A educação popular em saúde busca trabalhar pedagogicamente o homem e os grupos envolvidos no processo de participação popular, fomentando formas coletivas de aprendizado e investigação, de modo a promover o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento. É uma estratégia de construção da participação popular no redirecionamento da vida social (VASCONCELOS, 2008).

A visão da educação em saúde ainda está muito atrelada ao pensamento mais impositivo, sendo necessária maior reflexão pelos profissionais que atuam na Atenção Básica. Para Almeida et al (2013) existem três enfoques de educação em saúde: tradicional, da moderna

saúde pública e da saúde coletiva. Na educação em saúde tradicional a abordagem pedagógica pauta-se na transmissão de informações, o profissional de saúde é o detentor do conhecimento. Esta concepção coaduna-se com o enfoque preventivo, predominante nos serviços de saúde e baseia-se no comportamento dos indivíduos e suas consequências na etiologia das doenças, para quais os estilos de vida são considerados fatores de risco.

O enfoque da moderna saúde pública toma como referência a concepção de educação denominada escola nova ou escolanovismo, cuja característica é a não diretividade, expressa pelo reconhecimento do aluno, seus interesses e atitudes como centro do processo educativo. A partir desta concepção a saúde é multicausal, ou seja, predomina vários fatores: biológico, psicológico e o fator social. Porém, os diversos fatores presentes na concepção do processo saúde e doença, mascara as contradições de classe, deslocando para o indivíduo, negando sua dimensão coletiva.

Em relação à educação emancipatória, baseia-se nas teorias críticas compreendendo a educação como um fenômeno socialmente determinado e depende da inserção social dos sujeitos. A concepção de saúde que apoia a escolha de abordagem emancipatória, considera o processo saúde e doença como um processo social, cujos determinantes encontram-se na estrutura dinâmica social.

2.1.8 Considerações finais

Com a finalização desse manuscrito, podemos constatar que o objetivo traçado no início da pesquisa, analisar as tendências educativas de artigos que abordam as atividades de grupo na Atenção Básica pelas equipes de saúde, foi alcançado com êxito.

Esse estudo demonstrou que há poucos artigos que correlacionem a educação em saúde com a Estratégia Saúde da Família. De 35 artigos, somente 07 apresentam realmente a visão das tendências educativas dos artigos que abordam as atividades de grupo na Atenção Básica pelas equipes de saúde.

Apesar de termos várias ações e planos do Ministério da Saúde que abordam a importância da educação e promoção da saúde, ainda encontramos a visão mais autoritária de como deve ser a educação em saúde, mesmo em artigos atuais.

A abordagem mais participativa da população, com a efetiva participação comunitária foi citada em apenas 03 artigos, sendo dois desses artigos publicados no mesmo ano (2011).

Podemos visualizar também que há tradição em artigos publicados em periódicos do Estado de São Paulo, devido ao maior número de periódicos e também a uma maior aceitação dos artigos de revisão.

Como limites, cabe ressaltar aqui que ainda há desconhecimento e também pouco material publicado a respeito da temática promoção da saúde e grupos de atenção básica, devendo ser incentivado e esclarecido aos profissionais sobre a importância de relatar as experiências nas atividades de educação em saúde.

Após analisar os artigos encontrados, propomos maior atuação dos profissionais da Atenção Básica nas atividades de educação em saúde, com o incentivo dos gestores, bem como maior preocupação em expandir estudos, projetos e relatos de experiências encontradas nos mais diversos grupos de Atenção Básica. Vemos ainda, que os profissionais estão atrelados somente a realizar o atendimento individual e direcionados para os marcadores proposto pelos Planos do Ministério da Saúde.

2.1.9 Referências

ALMEIDA AH, TRAPÉ CA, SOARES CB. Educação em Saúde no trabalho de enfermagem. In: Soares CB, Campos CMS (org.).

Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem. São Paulo: Manole; 2013. p. 293-322.

BUSS, PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1): 163-177, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família, Promoção da Saúde.** 2006a. Disponível em:

<http://www.saude.gov.br/psf/> Acesso em 01 de junho de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização. Atenção Básica** – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 256 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS ; v. 2)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

CAMARGO-BORGES, C; JAPUR M. **Sobre a (não) adesão ao tratamento:** ampliando sentidos do autocuidado. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2008 Jan-Mar; 17(1): 64-71.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 22ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 2006.

_____. **A hermenêutica do sujeito** (Resumo dos Cursos do Collège de France/1970-1982). Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

GAZZINELLI, M. F. et al. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21. n. 1, jan./fev. 2005.

GANONG, L. H. (1987) - Integrative reviews of nursing research. **Research & Nursing Health**. Vol. 10, nº 1, p. 1-11.

GURGEL MGI, Alves MDS, Vieira NFC, Pinheiro PNC, Barroso GT. Gravidez na adolescência: tendência na produção científica de enfermagem. Esc Anna Nery **Rev Enferm**. 2008;12(4):800-6.

IERVOLINO, AS; PELICIONI, MCF. Capacitação de professores para a promoção e educação em saúde na escola: relato de uma experiência. **Rev Bras Cresc Desenv Hum** 2005; 15(2):99-110.

MINAYO, M. C. S.; SANCHEZ R. Niskier. Violência contra Crianças e Adolescentes: questão Histórica, Social e de Saúde. In: **Violência faz mal à saúde**. Organizado por Cláudia Araújo de Lima. Brasília: Ministério da Saúde, 2004

POLIT DF, BECK CT. Using research in evidence-based nursing practice. In: Polit DF, Beck CT, editors. **Essentials of nursing research**. Methods, appraisal and utilization. Philadelphia (USA): Lippincott Williams & Wilkins; 2006. P 457-94.

SANTOS LM, Da ROS MA, CREPALDI MA, RAMOS LR. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Rev Saúde Pública**. 2006;40(2):346-52.

STOTZ, EM. **Os desafios para o SUS e a educação popular:** uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde. [site da Internet] [acessado 2013 jun 08]. Disponível em: <http://www.redepopsaude.com.br>

VASCONCELOS, EM. **Educação popular:** um jeito especial de conduzir o processo educativo no setor saúde.[site da Internet] [acessado 2013 jun 17]. Disponível em: <http://www.redepopsaude.com.br>

VERAS, MSC, SEKULIC, E, SABÓIA, VPA, ALMEIDA, MI. Educação em saúde e a promoção de saúde bucal: marcos conceituais, teóricos e práticos na odontologia. **Rev odontologia UNICID** 2003; 15(1): 55-61.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Optou-se pelas concepções de Promoção da Saúde para fundamentar a apreensão da realidade e dos objetivos propostos, uma vez que educação em saúde está inserida na concepção de Promoção de Saúde.

3.1 PRINCÍPIOS TEÓRICOS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

A concepção de promoção da saúde desponta como “nova concepção de saúde” em debates internacionais, a partir de meados dos anos 70. Este moderno movimento de Promoção da Saúde surgiu, no Canadá, com a divulgação do Informe de Lalonde (*A New Perspective on the Health of Canadians*, 1974). O Informe foca na promoção da saúde, reforçando que o tradicional modelo médico pouco estava conseguindo interferir na melhoria das condições de saúde (HEIDEMANN et al, 2006).

Os fundamentos do Informe Lalonde 1974 foram pautados no conceito de saúde e introduziram os chamados “determinantes de saúde”, nos quais se destacam a influência de fatores ambientais, comportamentos individuais, modos de vida e organização da assistência na ocorrência de doenças e na morte, distribuindo-se em inúmeros fatores que influenciam a saúde. Como observa-se, a decomposição do conceito de determinantes da saúde ocorre em quatro componentes: a biologia humana (genética e função humana); o ambiente (natural e social), o estilo de vida (comportamento individual que afeta a saúde) e a organização dos serviços de saúde (BUSS, 2003; HEIDEMANN et al, 2006).

O Relatório Lalonde estabeleceu também as bases para impulsionar o desenvolvimento de um novo paradigma formalizado na Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde de Alma Ata, em 1978 na URSS, com a proposta de Saúde para Todos no ano 2000 e a Estratégia de Atenção Primária à Saúde. As conclusões e recomendações de Alma Ata trouxeram um importante reforço para os defensores da estratégia da promoção da saúde.

Em 1986 no Canadá, é divulgado o *EPP Report*, documento intitulado “Alcançando Saúde para Todos: um marco de referência para a promoção da saúde” e divulgado na Iª Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, em novembro de 1986. A partir disto, são propostas medidas de revigoração do ideário da

promoção, apontado como desafios à redução das iniquidades, o incremento das ações preventivas e a ampliação do fortalecimento e capacidade dos indivíduos para lidar com limitações advindas de doenças crônico-degenerativas e o estímulo ao autocuidado e a mecanismos de autoajuda.

As bases conceituais e políticas da promoção da saúde se desenvolveram após o Informe Lalonde, na realização de 07 importantes Conferências Internacionais (HEIDEMANN et al 2006):

- 1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde em Ottawa, (Canadá, WHO, 1986);
- Declaração de Adelaide sobre Políticas Públicas Saudáveis (Austrália, WHO, 1988);
- Declaração de Sundsval sobre Ambientes Favoráveis de Saúde (Suécia, WHO, 1991);
- Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI (Jacarta, WHO, 1997);
- Declaração do México (México, WHO, 2000);
- VIª Conferência Internacional de Promoção da Saúde em um Mundo Globalizado em Bangkok (Tailândia, WHO, 2005);
- VIIª Conferência Internacional de Promoção da Saúde que destaca a importância dos cuidados primários de saúde (Nairobi-Kenya 2009, WHO);

Também nas Conferências regionais: Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde na Região das Américas:

- Declaração de Santa-Fé de Bogotá (Colômbia, OPS, 1992);
- Conferência de Promoção da Saúde do Caribe (Trinidad y Tobago, OPS, 1993);
- Canadá, ao revisar o tema da promoção da saúde em “*Action Statement for Health Promotion in Canadá*” (CPHA, 1996);
- Rede de Megapaíses para a promoção da saúde (Genebra, Suíça, OPS, 1998).

Além destas, ocorreu em Genebra, na Suíça, 2010, a XXª Conferência Mundial de Promoção da Saúde sob o tema Unir Forças Para a Saúde, Equidade e Desenvolvimento Sustentável (IUHPE, 2010) e em abril de 2012, no México, a Vª. *Conferencia Latinoamericana y*

IVª. *Conferencia Interamericana de Promocion de La Salud* com o tema educação para a saúde.

Da Conferência de Ottawa resultou um documento denominado Carta de Ottawa que apresenta três grandes estratégias fundamentais para a promoção da saúde: defesa da saúde, capacitação e mediação (WHO, 1986).

A defesa da saúde consiste em lutar para que os fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos sejam cada vez mais favoráveis à saúde (BUSS, 2000).

A Promoção da Saúde visa proporcionar os meios que permitam a todas as pessoas realizar completamente seu potencial de saúde. Os indivíduos e as comunidades devem ter oportunidade de conhecer e controlar os fatores determinantes da sua saúde. Ambientes favoráveis, acesso à informação, habilidades para viver melhor, bem como oportunidades para fazer escolhas mais saudáveis, estão entre os principais elementos capacitantes (BUSS, 2000).

Os profissionais da saúde e grupos sociais têm a responsabilidade de contribuir para a mediação entre os diferentes interesses, em relação à saúde, existentes na sociedade (BUSS, 2000).

O documento assume que a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida (WHO, 1986).

3.2 ESTRATÉGIAS DA CARTA DE OTTAWA

Na Carta de Ottawa foram definidas cinco áreas prioritárias de ação em Promoção da Saúde: políticas públicas saudáveis, criação de ambientes saudáveis, reforço à ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde. Abaixo descreve-se cada uma delas mais detalhadamente, segundo Brasil (2001):

Políticas públicas saudáveis: A Promoção da Saúde vai além dos cuidados de saúde, colocando a saúde na agenda de prioridades dos políticos e dirigentes em todos os níveis e setores. A política de promoção da saúde combina diversas abordagens complementares, que incluem legislação, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais. É uma ação coordenada que aponta para a equidade em saúde, distribuição mais equitativa da renda e políticas sociais. As ações conjuntas contribuem para assegurar bens e serviços mais seguros e saudáveis, serviços públicos saudáveis e ambientes mais limpos e desfrutáveis (BRASIL, 2001).

Criação de ambientes favoráveis: O princípio geral orientador para o mundo, as nações, as regiões e até mesmo as comunidades é a necessidade de encorajar a ajuda recíproca – cada um a cuidar de si próprio, do outro, da comunidade e do meio-ambiente natural. A conservação dos recursos naturais do mundo deveria ser enfatizada como uma responsabilidade global, ou seja, a proteção do meio-ambiente e a conservação dos recursos naturais devem fazer parte de qualquer estratégia de promoção da saúde (BRASIL, 2001).

Reforço da ação comunitária: A Promoção da Saúde trabalha através de ações comunitárias concretas e efetivas no desenvolvimento das prioridades, na tomada de decisão, na definição de estratégias e na sua implementação, visando a melhoria das condições de saúde. O centro deste processo é o incremento do poder das comunidades – a posse e o controle dos seus próprios esforços e destino, isto requer um total e contínuo acesso à informação, às oportunidades de aprendizado para os assuntos de saúde, assim como apoio financeiro adequado (BRASIL, 2001).

Desenvolvendo habilidades pessoais: A Promoção da Saúde apoia o desenvolvimento pessoal e social através da divulgação de informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais. Esta tarefa deve ser realizada nas escolas, nos lares, nos locais de trabalho e em outros espaços comunitários. As ações devem se realizar através de organizações educacionais, profissionais, comerciais e voluntárias, bem como pelas instituições governamentais (BRASIL, 2001).

Reorientação dos serviços de saúde: A responsabilidade pela Promoção da Saúde nos serviços de saúde deve ser compartilhada entre indivíduos, comunidade, grupos, profissionais da saúde, instituições que prestam serviços de saúde e governos. Esta postura deve apoiar as necessidades individuais e comunitárias para uma vida mais saudável, abrindo canais entre o setor saúde e os setores sociais, políticos, econômicos e ambientais. A reorientação dos serviços de saúde também requer um esforço maior de pesquisa em saúde, assim como de mudanças na educação e no ensino dos profissionais da área da saúde. Isto precisa levar a uma mudança de atitude e de organização dos serviços de saúde para que focalizem as necessidades globais do indivíduo, como pessoa integral que é (BRASIL, 2001).

Como afirma Ayres (2004) sob o prisma da possibilidade das pessoas organizarem seu próprio cuidado com a saúde, a promoção da saúde envolve múltiplas dimensões para o desenvolvimento da autonomia das pessoas e não pode ser realizada com base em uma única

área do conhecimento. A consolidação de outras ciências e saberes, além da racionalidade biomédica, resulta de uma superação do individualismo rumo ao âmbito coletivo, institucional e estrutural.

3.3 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE/ ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

3.3.1 Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) é formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, de administração direta e indireta e das funções mantidas pelo Poder Público. À iniciativa privada é permitido participar desse Sistema de maneira complementar (BRASIL, 2010).

O SUS pode ser considerado uma das maiores conquistas sociais consagradas na Constituição de 1988. Seus princípios apontam para a democratização nas ações e nos serviços de saúde que deixam de ser restritos e passam a ser universais, da mesma forma, deixam de ser centralizados e passam a nortear-se pela descentralização (BRASIL, 2010).

O SUS foi instituído no Brasil incorporando os princípios doutrinários de universalidade, equidade, integralidade e participação popular, postulados pelo movimento da Reforma Sanitária e expressos na VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986 (BRASIL, 1990).

Ainda segundo Brasil (1990), a chamada Lei Orgânica da Saúde (LOS) brasileira é composta de duas leis complementares à Constituição (as Leis 8.080/90 e 8.142/90). A Lei 8.080/90 disciplina a descentralização político-administrativa do SUS, enfatizando seus aspectos de gestão e financiamento, regulamentando as condições para promoção, proteção, recuperação e funcionamento do SUS. A lei 8.142/90 regulamenta a participação da comunidade, bem como as transferências intergovernamentais de recursos financeiros.

O Brasil, a partir da Constituição de 1988, assume o compromisso de reorganizar seu modelo de atenção à saúde, referenciado na perspectiva de saúde como direito de cidadania e como recurso que apoia o desenvolvimento individual e coletivo, agregando práticas assistenciais, preventivas e educativas. Tem como princípios norteadores garantir o acesso universal, equânime, o atendimento integral e descentralizado da saúde. Nessa proposta, estão compreendidos os campos da assistência, das intervenções ambientais e

das políticas externas ao setor de saúde que interferem nos determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades. Os níveis de atenção à saúde são representados pela promoção, proteção e recuperação da saúde, nos quais deve ser sempre priorizado o caráter preventivo. Trata-se de um modelo de atenção centrado na qualidade de vida e na relação das equipes de saúde com a comunidade, privilegiando a abordagem familiar (BRASIL, 2006a).

Para fortalecer a relação entre SUS e Promoção da Saúde, é imprescindível intervir sobre problemas como a violência, o desemprego, falta de saneamento básico, entre outras questões que estão em sintonia com o artigo 3º da Lei 8080, de setembro de 1990, documento que institui o Sistema Único de Saúde (SUS). BRASIL (2006a).

3.3.2 Estratégia saúde da família

A reorganização do sistema de saúde brasileiro, após a Reforma Sanitária, tem dado origem a várias estratégias e programas de intervenção, entre eles o Programa de Saúde da Família (PSF). Baseadas no princípio de saúde como direito de todos, o objetivo dessa proposta é garantir a promoção da saúde através de um atendimento acessível a todos, de forma contínua, integral e de qualidade (BRASIL, 2006a).

O PSF teve início quando o Ministério da Saúde formula em 1991 o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) com a finalidade de contribuir para a redução das mortalidades infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, através da extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desvalidas. A partir da experiência acumulada no Ceará com o PACS, o Ministério da Saúde percebe a importância dos Agentes nos serviços básicos de saúde no município e começa a focar a família como unidade de ação programática de saúde, não mais enfocando somente o indivíduo, mas introduzindo a noção de cobertura por família (VIANNA; DAL POZ, 1998).

A implantação do Programa Saúde da Família nos municípios brasileiros surge como uma das possibilidades para implantar os princípios da promoção da saúde, na qual procura transformar as ações de saúde vigentes, fundamentadas no recorte do corpo biológico, na doença e na cura, para um enfoque de ampliação do entendimento do processo saúde/doença a partir da operacionalização de políticas públicas saudáveis, da criação de ambientes sustentáveis, da reorientação dos serviços de saúde, do desenvolvimento da capacidade

dos sujeitos individuais e do fortalecimento de ações comunitárias (HEIDEMANN, 2010).

Embora rotulado como programa, o PSF, por suas especificidades, foge à concepção usual dos demais programas concebidos pelo Ministério da Saúde, já que não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde, pelo contrário, caracteriza-se como estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido com o propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados (BRASIL, 1997).

3.4 PROMOÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL – POLÍTICA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

A Promoção da Saúde, como vem sendo entendida nos últimos 20-25 anos, representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos. Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução (BUSS, 2000).

A Promoção da Saúde, como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde (BRASIL, 2006).

No SUS, promoção da saúde é retomada como uma possibilidade de focar os aspectos que determinam o processo saúde-adoecimento em nosso País – como, por exemplo: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada e deteriorada; e potencializam formas mais amplas de intervir em saúde (BRASIL, 2006).

Em 2006, o Ministério da Saúde propõe a Política Nacional de Promoção da Saúde, através da Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006, em um esforço para o enfrentamento dos desafios de produção da saúde no cenário sócio-histórico cada vez mais complexo e que exige a reflexão e qualificação contínua das práticas sanitárias e do sistema de saúde e para ratificar o compromisso da gestão do Ministério da Saúde em fortalecer o Pacto em Defesa da Vida (BRASIL, 2006c).

Essa Política tem como objetivo principal promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2006c). Como diretrizes, tem-se:

- Reconhecer na promoção da saúde uma parte fundamental da busca da equidade, da melhoria da qualidade de vida e de saúde;
- Estimular as ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações de promoção da saúde;
- Fortalecer a participação social como fundamental na consecução de resultados de promoção da saúde, em especial a equidade e o empoderamento individual e comunitário;
- Promover mudanças na cultura organizacional, com vistas à adoção de práticas horizontais de gestão e estabelecimento de redes de cooperação intersetoriais;
- Incentivar a pesquisa em promoção da saúde, avaliando eficácia, efetividade e segurança das ações prestadas; e
- Divulgar e informar das iniciativas voltadas para a promoção da saúde para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando metodologias participativas e o saber popular e tradicional

3.5 TENDÊNCIAS PEDAGÓGICAS

Segundo Ferreira (2001) entende-se por tendência toda e qualquer orientação de cunho filosófico e pedagógico que determina padrões e ações educativas, ainda que esteja desprovida de uma reflexão e de uma intencionalidade mais concreta. Uma tendência pedagógica é, na verdade, uma inclinação por pensamentos e comportamentos pedagógicos lidos na história da educação ou mesmo em outras práticas pedagógicas atuais. Muitas vezes, em uma escola, em uma comunidade, percebem-se práticas educativas cuja orientação, embora existente, não é fruto de uma reflexão mais apurada. Assim, vão-se reproduzindo e tornam-se explicações do processo educativo, enraizando-se na dinâmica escolar. Por seu caráter provisório, já que demandam uma maior reflexão, estas orientações são consideradas tendências.

Libâneo (2002) em seu estudo sobre a posição que cada tendência adota em relação às finalidades sociais da escola, organiza o conjunto das pedagogias em dois grupos, ou seja: Pedagogia Liberal (Tradicional,

Renovada Progressivista, Renovada não – diretiva, tecnicista) e
Pedagogia Progressista (Libertadora, Libertária, Crítico Social dos
Conteúdos).

Quadro 2. Síntese das Tendências Pedagógicas.

Nome da tendência pedagógica	Papel da escola	Conteúdos	Métodos	Professor x Aluno	Aprendizagem	Manifestações
Tendência Liberal Tradicional	Preparação intelectual e moral dos alunos para assumir seu papel na sociedade.	São conhecimentos e valores sociais acumulados através dos tempos e repassados aos alunos como verdades absolutas.	Exposição e demonstração verbal da matéria e /ou por meio de modelos.	Autoridade do professor que exige atitude receptiva do aluno.	A aprendizagem é receptiva e mecânica, sem se considerar as características próprias de cada idade.	Nas escolas que adotam filosofias humanistas clássicas ou científicas.
Tendência Liberal Renovada Progressivista	A escola deve adequar as necessidades individuais ao meio social.	Os conteúdos são estabelecidos a partir das experiências vividas pelos alunos frente às situações problema.	Por meio de experiências, pesquisas e método de solução de problemas.	O professor é auxiliador no desenvolvimento livre da criança.	É baseada na motivação e na estimulação de problemas. O aluno aprende fazendo.	Montessori, Decroly, Dewey, Piaget, Cousinet, Lauro de Oliveira Lima.

Nome da tendência pedagógica	Papel da escola	Conteúdos	Métodos	Professor x Aluno	Aprendizagem	Manifestações
Tendência Liberal Renovada Não Diretiva (Escola Nova)	Formação de atitudes.	Baseia-se na busca dos conhecimentos pelos próprios alunos.	Método baseado na facilitação da aprendizagem.	Educação centralizada no aluno; o professor deve garantir um clima de relacionamento pessoal e autêntico, baseado no respeito.	Aprender é modificar as percepções da realidade.	Carl Rogers, "Sumerhill", escola de A. Neill.
Tendência Liberal Tecnicista	É modeladora do comportamento humano através de técnicas específicas.	São informações ordenadas numa sequência lógica e psicológica.	Procedimentos e técnicas para a transmissão e recepção de informações.	Relação objetiva em que o professor transmite informações e o aluno deve fixá-las.	Aprendizagem baseada no desempenho.	Skinner, Gagné, Bloon, Mager. Leis 5.540/68 e 5.692/71.

Nome da tendência pedagógica	Papel da escola	Conteúdos	Métodos	Professor x Aluno	Aprendizagem	Manifestações
Tendência Progressivista Libertadora	Não atua em escolas, porém visa levar professores e alunos a atingir um nível de consciência da realidade em que vivem na busca da transformação social.	Temas geradores retirados da problematização do cotidiano dos educandos.	Grupos de discussão.	A relação é de igual para igual, horizontalmente.	Valorização da experiência vivida como base da relação educativa. Codificação-decodificação. Resolução da situação problema.	Paulo Freire.
Tendência Progressivista Libertária	Transformação da personalidade num sentido libertário e autogestionário.	As matérias são colocadas, mas não exigidas.	Vivência grupal na forma de autogestão.	É não diretiva, o professor é orientador e os alunos livres.	Também prima pela valorização da vivência cotidiana. Aprendizagem informal via grupo.	Lobrot, C. Freinet, Miguel Gonzales, Vasquez, Oury, Maurício Tragtenberg, Ferrer y Guardia.

Nome da tendência pedagógica	Papel da escola	Conteúdos	Métodos	Professor x Aluno	Aprendizagem	Manifestações
Tendência Progressivista "Crítico-social dos conteúdos ou histórico-crítica"	Difusão dos conteúdos.	Conteúdos culturais universais que são incorporados pela humanidade frente à realidade social.	O método parte de uma relação direta da experiência do aluno confrontada com o saber sistematizado.	Papel do aluno como participante e do professor como mediador entre o saber e o aluno.	Baseadas nas estruturas cognitivas já estruturadas nos alunos.	Makarenko, B. Charlot, Suchodolski, Manacorda, G. Snyders Demerval Saviani.

Fonte: Retirado do site: http://pedagogia.tripod.com/quadro_tendencias.htm (acesso em 09/04/2013).

Diante da explanação a respeito das principais tendências pedagógicas, nos focamos mais na tendência progressivista libertadora, sendo Paulo Freire seu maior manifestante. Essa escolha deu-se por ser uma tendência que possibilita os grupos de Atenção Básica, valorizar suas experiências e a formação dos grupos de discussão.

Paulo Freire trabalhava com o dialogo, com a participação dos indivíduos através de Círculos dialógicos, não desprezava o conhecimento prévio, a experiência e a realidade dos envolvidos no debate. Assim, “o educador procura mediar através da sua leitura, da escrita, a construção de um novo 'coletivo social (LIBÂNEO, 2002).

3.6 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A educação em saúde deixa de ser uma atividade a mais realizada nos serviços para ser algo que atinge e reorienta a diversidade de práticas aí realizadas. Passa a ser um instrumento de construção da participação popular nos serviços de saúde e, ao mesmo tempo, de aprofundamento da intervenção da ciência na vida cotidiana das famílias e da sociedade. (VASCONCELOS, 2001 p.29)

A Educação em Saúde, com vistas à Promoção da Saúde, tem por objetivo estimular os participantes para atuarem como agentes transformadores e partícipes de movimentos que defendam a preservação e a sustentabilidade do meio-ambiente, que lutem por melhores condições de vida e saúde, que tenham maior acesso às informações em saúde, à cultura e ao lazer (IERVOLINO; PELICIONI, 2005).

A partir do movimento sanitário brasileiro, ocorreu o crescimento das reivindicações pelo aumento dos serviços de saúde e também por mudanças neles, o que incluía a exigência de participação da comunidade em seu controle. Nesse contexto e também com a perspectiva de maior controle social nos serviços de saúde, houve aproximação e envolvimento de profissionais de saúde com os movimentos e grupos populares militantes no setor saúde. Isso significou, em muitos casos, o desencadeamento de processos de educação em saúde com a adoção de estratégias próprias da educação popular (STOTZ, 2005).

A educação em saúde surge no Brasil, em meados do século XX com a finalidade de combater as epidemias que causavam transtornos à exportação do café. Nesse período as práticas de educação em saúde pautavam-se em processos impositores e normativos, desconsiderando a população como sujeito coletivo e ativo, no processo de saúde (VASCONCELOS, 2001)

Segundo o mesmo autor, até o final do século passado, a educação em saúde passou por vários momentos, no entanto, é marcante o fato de sempre estar vinculada aos interesses das classes economicamente dominantes, o que fazia com que os interesses da população fossem marginalizados e não influenciassem nas tomadas de decisões sobre as políticas públicas de saúde.

No início do século XXI descortina-se um cenário mais alentador para a educação em saúde. Vemos uma crescente preocupação dos profissionais da área de saúde, em adotarem medidas que objetivam superar a desigualdade cultural existente entre a instituição e a população, onde um, não compreende a lógica e atividade do outro. Inicia-se uma atuação que parte do problema de saúde específico, procurando entender, sistematizar e definir conceitos, princípios e lógicas presentes para superarem as incompreensões e tornarem os conflitos de interesses claros e cabíveis de serem solucionados. Desta forma a educação em saúde torna-se um instrumento de construção da participação popular, assim como também aprofunda a ciência no cotidiano individual e coletivo dos indivíduos da comunidade (VASCONCELOS, 2001).

Com o objetivo de criar vínculos entre a ação do profissional de saúde e o pensar/fazer cotidiano da população, a educação em saúde visa capacitar indivíduos e/ou grupos para assumir e melhorar suas condições de vida. Assim, esta ação deve ser estimulada, com vistas a levar o indivíduo a participar do processo educativo; exercitativa, condição para aquisição e formação de hábitos, assim como para a assimilação, construção e reconstrução de experiências; orientadora, com enfoque nos aspectos de liberdade, autoridade, autonomia e independência; didática, que se responsabiliza pela transmissão e veiculação dos conhecimentos e terapêutica para permitir retificar os eventuais descaminhos do processo educativo (VERAS et al, 2003).

A educação em saúde pode ajudar as pessoas a conviverem com a doença (em especial os casos crônicos), tendo o direito de buscar informação do cuidado em saúde, tornando-se, assim, capazes de participar ativamente do autocuidado (SMELTZER; BARE, 1998; PEREIRA, 2003).

A educação em saúde pode ser considerada campo de conhecimento interdisciplinar, que necessita de diferentes embasamentos das áreas da educação e da saúde. Deve ser capaz de integrar conhecimentos sobre o homem e a sociedade, complementando a dimensão biológica, para explicar a complexidade do processo saúde-doença e orientar as práticas dos processos educativos (MEDEIROS; SILVEIRA, 2007). Pereira (2003) reconhece a educação e a saúde como espaços de produção de práticas e conhecimentos determinantes do desenvolvimento das potencialidades humanas, não limitadas ao campo da saúde, mas ampliadas para o campo social.

Nessa premissa da educação em saúde interdisciplinar, o NASF se insere através de ações compartilhadas nos territórios de sua responsabilidade, desenvolvidas de forma articulada com as equipes de Saúde da Família e outros setores. Por exemplo, o desenvolvimento do projeto de saúde no território, planejamentos, apoio aos grupos, trabalhos educativos, de inclusão social, enfrentamento da violência, ações junto aos equipamentos públicos (escolas, creches, igrejas, etc.) (BRASIL, 2008).

3.7 GRUPOS NA ATENÇÃO BÁSICA

O foco dessa dissertação são os grupos na Atenção Básica existentes na rede de Atenção em Saúde nos quatro municípios da grande Florianópolis. Para isso, descrevo neste subitem o conceito de grupo e também, mais especificamente, a respeito dos grupos na Atenção Básica.

Segundo Osório (2003 p.57), “grupo ou sistema é todo aquele conjunto de pessoas capazes de se reconhecerem em sua singularidade e que estão exercendo uma ação interativa com objetivos compartilhados”.

É visto como um importante espaço para discutir diversos temas e ao mesmo tempo enfrentar problemas que estão relacionados com qualidade e hábitos de vida do indivíduo e fatores como meio ambiente, participação social, educação, saneamento básico, transporte coletivo entre outros (OLIVEIRA, 2008).

Destaca-se que a ocorrência dos grupos na Atenção Básica deve estar em sincronia com o que é preconizado por este modelo de atenção à saúde. A Política Nacional de Atenção Básica prevê que sejam desenvolvidas continuamente nos serviços ações individuais e coletivas voltadas às populações e às patologias específicas, principalmente na promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças e redução de

danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. A Atenção Básica tem, então, como organização de suas ações, as áreas estratégicas para atuação em todo o país: a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, da hipertensão arterial e do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, da mulher, do idoso, a saúde bucal, mental e a promoção da saúde (BRASIL, 2012). São características do processo de trabalho o desenvolvimento de ações educativas e focalizadas nos grupos populacionais de maior risco comportamental, alimentar e/ ou ambiental e que possam interferir no processo saúde-doença e nos problemas de saúde mais frequentes de cada território (BRASIL, 2012).

O trabalho de grupos em atenção primária é uma alternativa para as práticas assistenciais. Estes espaços favorecem o aprimoramento de todos os envolvidos, não apenas no aspecto pessoal como também no profissional, por meio da valorização dos diversos saberes e da possibilidade de intervir criativamente no processo de saúde-doença de cada pessoa. Assim, os grupos teriam o objetivo de atingir essa parcela populacional que necessita de intervenção nos diversos níveis de atenção. Grupos que contemplassem ações coletivas de caráter educativo, de aprendizado de diversas formas de viver e lidar com a doença, de esclarecimento, de mudança de hábitos. Por outro lado, os grupos almejavam a formação de um espaço para criação ou fortalecimento de redes sociais e para a experimentação de novas formas de viver (DIAS et al, 2009).

Para Torres, Hortale e Schall (2003), as ações educativas em saúde podem capacitar indivíduos e grupos na construção de novos conhecimentos, conduzindo a uma prática consciente de comportamentos preventivos ou de promoção da saúde. Essas ações ampliam as possibilidades de controle das doenças, de reabilitação e de tomada de decisões que favoreçam uma vida saudável. E tal processo é altamente favorecido pela formação e utilização dos grupos de Atenção Básica.

Segundo Dias et al (2009) as vantagens da realização de grupos consistem em facilitar a construção coletiva de conhecimento e a reflexão acerca da realidade vivenciada pelos seus membros, possibilitar a quebra da relação vertical (profissional-paciente) e facilitar a expressão das necessidades, expectativas, angústias.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

A metodologia utilizada foi a abordagem qualitativa do tipo exploratório descritivo, a qual está inserida no universo das ciências sociais que nos coloca em contato com todo um percurso histórico, recebendo desta forma, influências das situações que envolvem o caminho percorrido até o momento da pesquisa (MINAYO, 2004).

4.2 LOCAL DE PESQUISA/ CENÁRIO

Essa pesquisa faz parte do projeto Universal, Edital MCT/CNPq Nº 014/2011 intitulado “Possibilidades e limites para implantação da política de promoção da saúde na atenção básica: investigação de questões problemas”.

Em relação ao local, a pesquisa deu-se em quatro municípios da grande Florianópolis (Biguaçu, São José, Antônio Carlos, Governador Celso Ramos), conforme Figura 1. O modelo adotado por estes municípios é o da Estratégia de Saúde da Família, sendo a Atenção Básica a porta de entrada preferencial dos serviços de saúde.

Figura 1. Municípios pesquisados situados no mapa de Santa Catarina, 2013.



Fonte: Elaborado pela autora, segundo dados coletados em pesquisa. Florianópolis, 2013.

O município de **Antônio Carlos** conta com uma população de 7437 habitantes, com uma economia predominantemente hortifrutigranjeira. Na educação conta com 07 (sete) escolas de ensino fundamental, 01 (uma) escola de ensino médio e 04 (quatro) escolas de ensino pré-escolar. No setor saúde conta com 03 (três) Unidades Básicas de Saúde (UBS), 03 (três) equipes de Saúde da Família (ESF).

O município de **Biguaçu** é composto por uma população de 57139 habitantes. A economia tem predomínio da área industrial e comércio. Na educação conta com 26 (vinte e seis) escolas de ensino fundamental, 18 (dezoito) escolas de ensino pré-escolar, 07 (sete) escolas de ensino médio e 01 (uma) Universidade. No setor saúde conta com 01 (uma) Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24h, 01 Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), 01 (uma) Policlínica, 01 (uma) unidade do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), 15 (quinze) Unidades Básicas de Saúde (UBS), 16 Equipes de Saúde da Família (ESF), 01 (um) Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

O município de **Governador Celso Ramos** possui uma população de 12.737 habitantes. A economia que predomina é a indústria pesqueira. Na educação conta com 10 (dez) escolas de ensino fundamental, 09 (nove) escolas de ensino pré-escolar, 02 (duas) escolas de ensino médio. No setor saúde conta com 01 (um) pronto atendimento, 05 (cinco) Unidades Básicas de Saúde (UBS), 05 (cinco) Equipes de Saúde da Família (ESF).

O município de **São José** conta com uma população de 203.384 habitantes. A economia é de indústria e comércio. Na educação, conta com 64 (sessenta e quatro) escolas de ensino fundamental; 47 (quarenta e sete) escolas de ensino pré-escolar; 27 (vinte e sete) escolas de ensino médio e 06 (seis) Universidades. Na saúde, possui 01 (um) Hospital de Referência, 01(uma) Policlínica, 01 (um) Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), 01(uma) unidade do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), 17 (dezessete) Unidades Básicas de Saúde (UBS), 27 (vinte e sete) Equipes de Saúde da Família (ESF).

4.3 ENTRADA NO CAMPO

A entrada em campo pode ser dividida em dois momentos. O primeiro contato com os municípios deu-se por meio das Secretarias de Saúde, que permitiu a captação da realidade de cada município (apêndice I). Vale ressaltar que todas as visitas aos municípios foram previamente marcadas por telefone, facilitando assim a coleta de dados e para conhecimento da realidade.

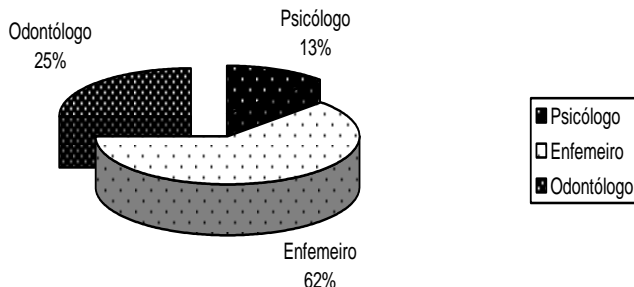
O segundo momento foi realizado a coleta de dados com os profissionais de nível superior, mediante contato prévio e conforme a disponibilidade dos mesmos.

4.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Foram realizadas oito entrevistas individuais. A escolha dos profissionais a serem entrevistados considerou a necessidade de abranger as diversas profissões que atuam nas Unidades de Saúde, por isso optamos por um profissional de cada área de atuação, que realiza ou não grupos de Atenção Básica.

A distribuição desses profissionais nas Unidades de Saúde deu-se da seguinte maneira: em dois municípios os profissionais foram escolhidos através de conveniência (profissional de área com característica socioeconômica privilegiada e um da região periférica com características distintas do centro da cidade) e em outros dois municípios, através de sorteio das Unidades por apresentar características semelhantes de atuação.

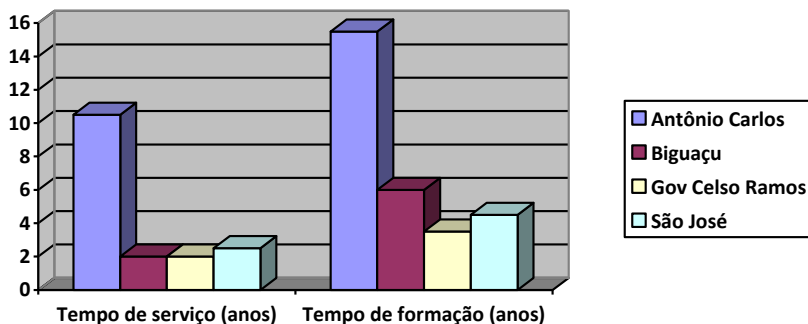
Gráfico 1. Distribuição dos profissionais por área de atuação, 2013.



Fonte: Elaborado pela autora, segundo dados coletados em pesquisa. Florianópolis, 2013.

A distribuição segundo profissão atuante deu-se da seguinte maneira: 01 (um) psicólogo, 02 (dois) odontólogos e 05 (cinco) enfermeiros. Cabe ressaltar o maior número de enfermeiros que se disponibilizaram a contribuir com a pesquisa.

Gráfico 2. Média do tempo de formação e tempo de serviço dos profissionais na ESF, 2013.

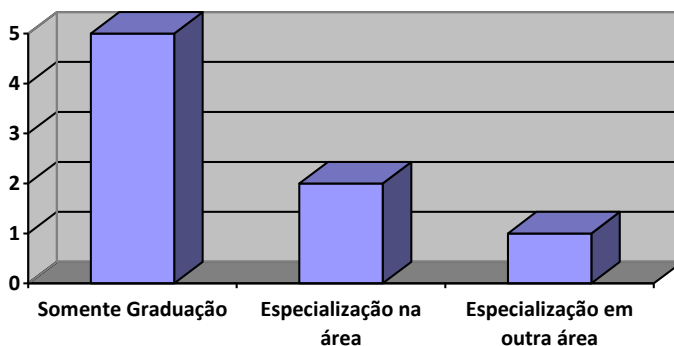


Fonte: Elaborado pela autora, segundo dados coletados em pesquisa. Florianópolis, 2013.

A média de tempo de serviço nos municípios citados variou de 02 (dois) a 11 (onze) anos de serviço, contando apenas o trabalho como funcionário público do município entrevistado.

A média do tempo de formação dos profissionais nos municípios varia de 03 (três) a 15 (quinze) anos de formado.

Gráfico 3. Formação complementar dos profissionais, 2013.



Fonte: Elaborado pela autora, segundo dados coletados em pesquisa. Florianópolis, 2013.

Com relação à formação complementar dos profissionais atuantes nos municípios em estudo, 05 (cinco) profissionais afirmam que possuem somente a graduação, encontrando dificuldades para realizar uma especialização. Dos pesquisados 02 (dois) profissionais possuem especialização na área em que atuam e 01 (um) profissional apresenta especialização em outra área, porém também pertencente à área da saúde (estética corporal).

4.5 COLETA DE DADOS

Para caracterizar o número de Unidades e equipe multiprofissional foi realizada busca na base de dados do DATASUS no Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB). Realizou-se também o levantamento das informações pertinentes ao estudo junto a Secretaria de Saúde dos municípios, realizando contato com cada secretário de saúde, dos dados referentes aos Atendimentos dos grupos de Atenção Básica conforme roteiro guia (apêndice I). Após primeiro contato com a Secretaria, realizou-se a visita às respectivas Unidades Básicas de Saúde e conhecimento da equipe atuante.

Realizou-se entrevista no período de março a maio de 2013 com os profissionais de nível superior das Unidades Básicas de cada município. Como critérios de inclusão foram considerados profissionais

que atuavam direta ou indiretamente na ESF e realizavam atividade de grupo.

Minayo (2004) nos diz que a entrevista constitui-se numa ferramenta essencial na captação de informações, através da fala, que revela valores e normas e possibilita a veiculação, por meio de seu emissor, das representações sociais sob condições históricas, socioeconômicas e culturais, do grupo em estudo.

A entrevista semiestruturada permite ao pesquisador seguir um conjunto de perguntas definidas previamente, mas em um contexto muito próximo ao de uma conversa informal (BONI; QUARESMA, 2005).

Para as entrevistas, foi proposto um tempo limite de 40 minutos, respeitando sempre as agendas dos profissionais, uma vez que estas foram realizadas dentro das Unidades de Saúde dos respectivos profissionais e em seu horário de trabalho.

4.6 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise e interpretação dos dados encontrados optou-se por utilizarmos a análise de conteúdo de Minayo (2010). Segundo a autora, dentre os procedimentos metodológicos desta análise são utilizados a categorização, inferência, descrição e interpretação. Contudo, esses procedimentos não ocorrem em ordem sequencial.

Segundo a mesma autora, a análise dos dados se desdobra em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos com sua interpretação.

Minayo (2003, p. 74) enfatiza que a análise de conteúdo visa verificar hipóteses e ou descobrir o que está por trás de cada conteúdo manifesto:

“(...) o que está escrito, falado, mapeado, figurativamente desenhado e/ou simbolicamente explicitado sempre será o ponto de partida para a identificação do conteúdo manifesto. A análise e a interpretação dos conteúdos obtidos enquadram-se na condição dos passos (ou processos) a serem seguidos.”

Seguindo os passos de Minayo (2010), tem-se o primeiro momento da análise, no qual foi realizada a transcrição das entrevistas gravadas, sem a alteração de palavras e/ou expressões ditas pelos

entrevistados. Após, houve a leitura do material coletado e a organização dos dados. Essas entrevistas foram armazenadas em pasta de arquivo, separada por município e profissional. Com isso, objetivou-se a primeira classificação dos dados.

Com base nos objetivos da pesquisa e na leitura exaustiva do material, foram captadas as ideias centrais das falas mais emergentes dos participantes, obtendo quatro categorias: formação dos grupos, estratégias metodológicas utilizadas nos grupos, dificuldades para realização dos grupos, capacitação dos profissionais. Como definição das categorias, foi estabelecido um código numérico para cada entrevista, sendo copiadas e coladas as falas principais em quadros.

No segundo momento, as entrevistas realizadas foram separadas conforme as categorias propostas e suas falas foram confrontadas com a realidade.

Para o terceiro momento houve a análise dessas categorias, sendo utilizada a concepção de Promoção da Saúde, de acordo com as ações da Carta de Ottawa e Revisão Integrativa.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Em relação aos aspectos éticos, o estudo apresentou a preocupação em respeitar os princípios de beneficência, não maleficência, justiça e autonomia, colocados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e os princípios do Código de Ética profissional para normatizar as atividades de pesquisa; além de submeter o projeto ao Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (anexos II). Essa pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética, com o número de Processo: 2368; FR: 476682.

Para respeitar os princípios éticos, os profissionais participantes da pesquisa assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme apêndice II.

Para manter o sigilo de identidade, optou-se por utilizar a letra inicial de cada profissão, quando transcrevemos os trechos de falas no capítulo intitulado resultados e discussão. Em caso de mais de um profissional de mesma área de atuação, a letra foi acompanhada de algarismo de 1 a 10, a fim de diferenciar os participantes.

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Foram elaborados dois manuscritos: o primeiro, com base nos resultados das entrevistas, “Grupos de Atenção Básica e Equipe de saúde: fortalezas e fragilidades”; o segundo, com base nos resultados da Revisão Integrativa, intitulado “Promoção da saúde na concepção de profissionais da atenção básica: uma revisão integrativa”.

5.1 MANUSCRITO II – GRUPOS DE ATENÇÃO BÁSICA E EQUIPE DE SAÚDE: FORTALEZAS E FRAGILIDADES

GROUPS OF PRIMARY CARE AND HEALTH TEAM: STRENGTHS AND WEAKNESSES

GRUPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y EQUIPO DE SALUD: FORTALEZAS Y DEBILIDADES

**Karine Patricia Stulp Cardoso³, Ivonete Teresinha Schulter Buss
Heidemann⁴**

RESUMO: Este estudo teve como objetivo conhecer as ações de Promoção da Saúde da equipe de saúde inseridos na Atenção Básica, de municípios da Grande Florianópolis. Trata-se de estudo exploratório descritivo de natureza qualitativa. Ocorreu em dois momentos: Contato inicial com os municípios, através das Secretarias Municipais de Saúde; e no segundo foi realizada a coleta de dados. Foram realizadas oito entrevistas individuais, no período de março a maio de 2013, com cinco enfermeiros, dois odontólogos e um psicólogo, utilizando-se a entrevista semiestruturada, e os dados foram analisados a partir da análise temática de Minayo (2010), discutidos à luz da Promoção da Saúde e da Carta de Ottawa. Percebeu-se que há dificuldade dos profissionais em realizarem grupos de Atenção Básica, por desconhecem o real significado deste e porque se prioriza os atendimentos de doenças crônicas por meio de

³ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). E-mail: kastulp@gmail.com.

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). E-mail: ivonete@ccs.ufsc.br.

consultas, de acordo com os protocolos estabelecidos pela Política de Atenção Básica. Como fragilidades considerou-se falta de tempo para sua realização; dificuldade em conduzir os grupos utilizando metodologias ativas; agenda centrada em procedimentos e consultas. Como potencialidades podemos citar a conscientização dos profissionais quanto a importância dos grupos e também de atividades de Promoção da Saúde, bem como o entendimento de como devem auxiliar a população frente aos diversos agravos. Como limites podemos citar a dificuldade citada pelos entrevistados em receber apoio em suas ações de grupos de Atenção Básica, seguidos de superlotação das agendas, com pouco ou nenhum espaço para a realização das atividades em grupo. Recomendamos uma maior participação e atenção dos gestores e também das coordenações de Unidades de Saúde, atentando-se para a importância dos grupos de Atenção Básica e seu respectivo espaço nas agendas e rotinas dos profissionais.

Palavras-chave: Educação em Saúde. Atenção Primária da Saúde. Promoção da Saúde. Saúde da Família. Equipe Multiprofissional.

ABSTRACT: This study aimed to understand the actions of Health Promotion of the health team entered in Primary Care, the municipalities of Florianópolis. This is a descriptive exploratory study of a qualitative nature. Occurred in two phases: initial contact with the municipalities through the Municipal Health Department, and the second was conducted to collect data. There were eight interviews in the period from March to May 2013, five nurses, two dentists and a psychologist using a semistructured interview, and data were analyzed using thematic analysis of MINAYO (2010), discussed the light and Health Promotion of the Ottawa Charter. It was noticed that there is difficulty in performing the professional groups of Primary Care, by knowing the real meaning of this and because it prioritizes the care of chronic diseases through consultation, in accordance with the protocols established by the Primary Policy. As weaknesses considered lack of time for its completion; difficulty in conducting groups using active methods; agenda focused on procedures and consultations. As we mention potential awareness about the importance of professional groups, and activities for the Promotion of Health, as well as understanding how to help people against various diseases. How boundaries can cite the difficulty cited by interviewees in receiving support in their actions of groups of primary care, followed by overcrowded agendas, with little or no scope for carrying out group activities. We recommend greater participation and attention of

managers and also the coordination of health units, observing the importance of primary care groups and their respective space in the schedules and routines of professionals.

Keywords: Health Education in Primary Health. Promoting Health. Family Health. Multidisciplinary Team.

RESUMEN: Este estudio tuvo como objetivo comprender las acciones de promoción de la salud del equipo de salud ha entrado en la Atención Primaria, los municipios de Florianópolis. Se trata de un estudio exploratorio descriptivo, de naturaleza cualitativa. Se produjo en dos fases: un primer contacto con los municipios a través de la Secretaría Municipal de Salud, y el segundo se llevó a cabo para recopilar datos. Hubo ocho entrevistas en el período de marzo a mayo de 2013, cinco enfermeras, dos odontólogos y un psicólogo con una entrevista semiestructurada, y los datos fueron analizados mediante análisis temático de MINAYO (2010), analizaron la Luz y Promoción de la Salud de la Carta de Ottawa. Se observó que hay dificultad en la realización de los grupos profesionales de la Atención Primaria, al conocer el verdadero significado de esto y debido a que prioriza la atención de las enfermedades crónicas a través de consultas, de acuerdo con los protocolos establecidos por la Política de Primaria. Como puntos débiles consideran la falta de tiempo para su realización, dificultad en la realización de los grupos que utilizan métodos activos; agenda centrada en los procedimientos y consultas. Como mencionamos potencial conciencia sobre la importancia de los grupos profesionales, y las actividades para la Promoción de la Salud, así como la comprensión de cómo ayudar a las personas contra diversas enfermedades. Cómo límites pueden citar las dificultades citadas por los entrevistados en recibir apoyo en sus acciones de los grupos de atención primaria, seguidos de agendas abarrotadas, con poco o ningún margen para la realización de actividades de grupo. Se recomienda una mayor participación y atención de los gestores y la coordinación de las unidades de salud, observando la importancia de los grupos de atención primaria y su espacio correspondiente en los horarios y rutinas de los profesionales.

Palabras clave: Educación para la Salud en Atención Primaria de la Salud. Promoviendo la salud de la familia. Equipo multidisciplinario.

5.1.1 Introdução

A Promoção da Saúde visa proporcionar os meios que permitam a todas as pessoas realizar completamente seu potencial de saúde. Os

indivíduos e as comunidades devem ter oportunidade de conhecer e controlar os fatores determinantes da sua saúde. Ambientes favoráveis, acesso à informação, habilidades para viver melhor, bem como oportunidades para fazer escolhas mais saudáveis, estão entre os principais elementos capacitantes (BUSS, 2000).

No Brasil, em 2006, o Ministério da Saúde propõe a Política Nacional de Promoção da Saúde, através da Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006, em um esforço para o enfrentamento dos desafios de produção da saúde em um cenário sócio histórico cada vez mais complexo e que exige a reflexão e qualificação contínua das práticas sanitárias e do sistema de saúde e para ratificar o compromisso da atual gestão do Ministério da Saúde em fortalecer o Pacto em Defesa da Vida (BRASIL, 2006a).

Essa Política tem como objetivo principal promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2006b).

Essas ações para promover a qualidade de vida podem ser trabalhadas por meio dos grupos de Atenção Básica, sendo uma alternativa para as práticas assistenciais e também para a educação em saúde. Estes espaços favorecem o aprimoramento de todos os envolvidos, não apenas no aspecto pessoal como também no profissional, por meio da valorização dos diversos saberes e da possibilidade de intervir criativamente no processo de saúde-doença de cada pessoa. Assim, os grupos tem o objetivo de atingir essa parcela populacional que necessita de intervenção nos diversos níveis de atenção. Grupos que contemplassem ações coletivas de caráter educativo, de aprendizado de diversas formas de viver e lidar com a doença, de esclarecimento, de mudança de hábitos. Por outro lado, os grupos almejam a formação de um espaço para criação ou fortalecimento de redes sociais e para a experimentação de novas formas de viver. (DIAS et al, 2009).

A educação em saúde pode ser considerada um campo de conhecimento interdisciplinar, que necessita de diferentes embasamentos das áreas da educação e da saúde. Deve ser capaz de integrar conhecimentos sobre o homem e a sociedade, complementando a dimensão biológica, buscando explicar a complexidade do processo saúde-doença e orientar as práticas dos processos educativos (MEDEIROS; SILVEIRA, 2007).

Com o objetivo de realizar uma educação em saúde de forma interdisciplinar, podemos citar ações que a equipe multiprofissional pode se inserir, nos territórios de sua responsabilidade, desenvolvidas de forma articulada com as equipes de Saúde da Família e outros setores. Pode ser desenvolvido projeto de saúde no território, com planejamento, apoio aos grupos, trabalhos educativos, de inclusão social, enfrentamento da violência, ações junto aos equipamentos públicos (escolas, creches, igrejas, etc.) (BRASIL, 2008).

Este estudo tem como objetivo conhecer como se dão as atividades de promoção da saúde da equipe de saúde inseridos na Atenção Básica, de quatro municípios da Grande Florianópolis. Esta pesquisa está inserida no projeto “Possibilidade e Limites para a implantação da política de promoção da saúde na Atenção Básica: investigação de questões problemáticas”, vinculada ao Grupo de Pesquisa do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Enfermagem e Promoção da Saúde – NEPEPS, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC.

5.1.2 Metodologia

A metodologia utilizada foi a abordagem qualitativa do tipo exploratório descritivo, a qual está inserida no universo das ciências sociais que nos coloca em contato com todo um percurso histórico, recebendo desta forma, influências das situações que envolvem o caminho percorrido até o momento da pesquisa (MINAYO, 2004).

A coleta, realizada de março a maio de 2013, contemplou dois momentos. O primeiro contato com os municípios de Antônio Carlos, Biguaçu, Governador Celso Ramos e São José deu-se através das Secretarias Municipais de Saúde, buscando-se captar a realidade. A partir deste contato, identificou-se como características da população o predomínio de mulheres (Antônio Carlos – 7437 hab/3660 mulheres; Biguaçu – 57139 hab/28856 mulheres; Gov Celso Ramos -12737 hab/ 6178 mulheres; São José – 203384 hab/ 104336 mulheres). No setor da economia houve a prevalência da indústria e comércio, nos serviços de educação destacou-se o ensino fundamental nas escolas dos municípios, e no setor saúde, evidenciou-se o funcionamento da rede de Atenção Básica (Unidades de Saúde, Equipes de Saúde da Família, Pronto Atendimento, Hospitais, SAMU, CAPS). Vale ressaltar que todas as visitas aos municípios foram previamente marcadas por telefone, facilitando a coleta de dados e participação ativa dos secretários municipais de saúde e coordenadores das ESF.

No segundo momento foi realizada a coleta de dados com os profissionais de nível superior, mediante contato prévio e conforme a disponibilidade dos mesmos.

Foram realizadas oito entrevistas individuais, no período de março a maio de 2013, com cinco enfermeiros, dois odontólogos e um psicólogo. Seis desses profissionais possuíam especialização, sendo um em outra área de atuação (estética corporal). A escolha dos profissionais a serem entrevistados deu-se em função da necessidade de abranger as diferentes profissões, por isso optamos por um profissional de cada área de atuação, independente de realizar ou não grupos de Atenção Básica. Como questões norteadoras utilizamos a formação recebida para realizar grupos, as atribuições enquanto profissional nos grupos, a metodologia utilizada, como emergem os temas, bem como os assuntos incluídos nas ações do planejamento das atividades.

Quanto à seleção desses profissionais nas Unidades de Saúde, dois municípios foram escolhidos através de conveniência (profissional de área com característica socioeconômica privilegiada e um da região periférica com características distintas do centro da cidade) e dois através de sorteio das Unidades por apresentar características semelhantes de atuação. Como critérios de exclusão, optou-se por excluir profissionais que não atuavam juntamente com a Atenção Básica, possuindo sua carga horária reduzida e atuando de forma independente da ESF e da UBS.

Realizou-se entrevista com um profissional de nível superior das Unidades Básicas sorteadas de cada município. Esta entrevista ao vivo teve duração de aproximadamente 40 minutos e somente após sua autorização foi gravada.

Para a análise dos dados, seguiram-se os passos de Minayo (2010). Existem diferentes tipos de análise de conteúdo: de expressão, das relações, de avaliação, de enunciação e categorial temática. Daremos destaque a categorial temática, que funciona em etapas, por operações de desmembramento do texto em unidades e em categorias para reagrupamento analítico posterior, e comporta dois momentos: do inventário ou isolamento dos elementos e da classificação ou organização das mensagens a partir dos elementos repartidos. Essa análise dos dados se desdobra em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos com sua interpretação (MINAYO, 2010).

Na presente pesquisa, o primeiro momento da análise, foi a realização da transcrição das entrevistas gravadas, sem a alteração de palavras e/ou expressões ditas pelos entrevistados. Após, houve a leitura

do material coletado e a organização dos dados. Essas entrevistas foram armazenadas em pasta de arquivo, separada por município e profissional. Com isso, objetivou-se a primeira classificação dos dados.

Organizaram-se, com base nos objetivos da pesquisa e na leitura exaustiva, os dados. Captaram-se as ideias centrais da temática em estudo e obtiveram-se quatro categorias: formação dos grupos, estratégias metodológicas utilizadas nos grupos, dificuldades para realização dos grupos, capacitação dos profissionais.

No segundo momento, as entrevistas realizadas foram divididas conforme as categorias propostas e suas falas foram confrontadas com a realidade. Para o terceiro momento houve a análise dessas categorias, relacionando com a Promoção da Saúde, de acordo com as ações da Carta de Ottawa e Revisão Integrativa.

Em relação aos aspectos éticos, o estudo apresentou a preocupação em respeitar os princípios de beneficência, não maleficência, justiça e autonomia, colocados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e os princípios do Código de Ética profissional para normatizar as atividades de pesquisa; além de submeter o projeto ao Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos. Essa pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética, com o número de Processo: 2368; FR: 476682. Os profissionais participantes da pesquisa assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para manter o sigilo de identidade, optou-se por utilizar a letra inicial de cada profissão, quando transcrevemos os trechos de falas no capítulo intitulado resultados e discussão. Em caso de mais de um profissional de mesma área de atuação, a letra será acompanhada de algarismo de 1 a 10, a fim de diferenciar os participantes.

5.1.3 Resultados

A seguir serão descritos os resultados e análises dos principais dados encontrados na pesquisa.

Quadro 3. Quadro descritivo dos principais grupos de Atenção Básica encontrados no primeiro semestre de 2013.

Município	Grupos
Antônio Carlos	Hipertenso/diabético (2), gestante (2), saúde mental (1), idosos (3), caminhada (atividade física) (1), criança até 01 ano de idade (1).
Biguaçu	Hipertenso/diabético (2), gestante (1), saúde mental (1), idosos (4), caminhada (1), controle do peso (2).
Governador Celso Ramos	Hipertenso/diabético (1), idosos (1).
São José	Hipertenso/diabético (2), gestante (1), idosos (3).

Fonte: Informações coletadas em entrevista nos municípios, pela autora, 2013.

Observa-se, com o quadro, que há um maior número de grupos de hipertenso/diabéticos e idosos, porém, cabe ressaltar que os grupos de idosos já existem na comunidade e os profissionais da Atenção Básica se inserem nestas atividades, que são propostas durante o ano para realização das práticas educativas.

De acordo com as entrevistas realizadas, um município não apresenta grupo de Atenção Básica estruturado, sendo que as atividades de educação e promoção da saúde são realizadas nos existentes na comunidade (grupo de idosos). Os outros municípios apresentam grupos de Atenção Básica bem estruturados e com datas definidas.

Em dois municípios pesquisados, três entrevistados relataram que há dificuldade em realizar as atividades de educação em saúde. A grande demanda das agendas e superlotação das Unidades de Saúde requer dos profissionais a resolução imediata de problemas, deixando as atividades de grupo de Atenção Básica em segundo plano. Percebeu-se isso através das falas dos profissionais entrevistados e também observando-se quantidade e periodicidade, com a presença de grupos pontuais, quando há solicitação da comunidade (grupo de higiene para escolas, de prevenção de quedas para idosos, entre outros).

Em um dos municípios pesquisados, destaca-se a atuação de duas equipes de Saúde da Família que atende na sua área de abrangência uma população muito pequena. Estas desenvolvem grupos estruturados e com horários e dias agendados. São ao todo 11 grupos de Atenção Básica que ocorrem em dias alternados, com boa adesão dos usuários

nas Unidades de Saúde. Possui apoio de uma equipe multiprofissional, composta de educador físico, psicólogo, psiquiatra, nutricionista.

Em outro município estudado, de população de médio porte, destaca-se uma extensão maior de municípios. Evidenciam-se grupos estruturados e com grande demanda, como as atividades de caminhada, de obesidade, outros relacionados aos marcadores de saúde (idoso, hipertenso/diabético, crianças menores de um ano). Esses grupos, em sua grande maioria, são coordenados por profissionais que compõem o NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) e possuem o apoio de todos os profissionais da ESF (enfermeiro, médico, agente comunitário de saúde).

O destaque dos municípios que possuem grupos estruturados e com apoio da equipe multiprofissional na realização das atividades de educação em saúde vai ao encontro do que propõe o Plano Nacional de Promoção da Saúde, o qual afirma que as ações públicas devem ir além da ideia da cura e reabilitação.

Com as informações coletadas, pudemos analisar através dos passos metodológicos o surgimento de falas mais comuns dos entrevistados, juntamente com as questões guia que forneceram embasamento para o surgimento das seguintes categorias: formação dos grupos, a estratégia metodológica utilizada, dificuldades para realização e a capacitação dos profissionais.

5.1.3.1 Categoria: Formação dos grupos

Com relação a essa categoria, constata-se que existem duas motivações (fatores determinantes para a realização) de grupos. Seis entrevistas referiam que os grupos de Atenção Básica surgem a partir das demandas que chegam até as Unidades. Essa demanda é basicamente composta de hipertensos, diabéticos, idosos, gestantes e crianças até um ano de idade. Isso fica evidente na fala do P1:

na verdade sempre foi muito comentado a questão de uma demanda para atividades de grupo. É uma demanda que o próprio SUS, ele de certa forma, muito teórica, coloca para que se esvaziem os consultórios”. Já a E5 refere que “a cada reunião os assuntos surgem pela própria demanda da população. A gente faz a reunião em cima do que é pedido.

Através da fala desses dois profissionais, pudemos visualizar que ainda há uma dificuldade no entendimento quanto ao real propósito dos grupos na Atenção Básica. Na realidade os grupos estão direcionados para as patologias e não para promover a saúde dos indivíduos, famílias e comunidade.

Como é possível constatar, os grupos de Atenção Básica ocorrem em decorrência da condição patológica, sejam elas crônicas ou não, do gênero (mais comum encontrarmos grupos compostos por mulheres), e da fase de desenvolvimento (adolescentes e gestantes).

Outra vertente da formação dos grupos é através da necessidade da população, fala recorrente em dois entrevistados, de dois municípios diferentes. Segundo E3, a formação do grupo *“vai de acordo com a necessidade da comunidade. Pesquisamos sempre as principais realidades (necessidades) da população, com a ajuda dos agentes comunitários”*. A fala da E2 reforça essa visão *“os assuntos não são determinados na reunião...os assuntos são produzidos junto com a própria população”*.

Essa forma de abordagem, de ouvir a demanda da população, facilita a aproximação do serviço de saúde com a comunidade. A partir da participação da população, pode-se fortalecer o empoderamento sobre temas relacionados à saúde e também a outras vertentes, como política, meio ambiente, entre outros. Em dois municípios, percebeu-se que profissionais atuavam fortemente na comunidade, sendo elos entre as principais queixas da população, não os representando somente na Unidade de Saúde como também tentando solucionar problemas mais comuns. Através disso, havia uma forte ajuda da comunidade em todas as atividades realizadas pelos profissionais.

Vemos a tendência Progressivista libertária sendo fortalecida, uma vez que há a valorização da vivência cotidiana, com a aprendizagem informal de todos os envolvidos.

Nas atividades comunitárias, geralmente engendradas pelo modelo de saúde coletiva, a tendência progressista libertadora é bastante adequada, pois se presta para a educação não formal. Esta pedagogia pressupõe que, a partir de temas geradores, problematizadores, pertencentes ao cotidiano dos clientes, alcancemos um nível de conscientização que leve à transformação social. Com isto, profissionais e clientela trabalham de forma semelhante, não havendo predominância de saber. Essa prática transformadora parece apropriada para o trabalho de organização das comunidades e para o amadurecimento de suas necessidades, que vão, provavelmente, se refletir em suas ações de

saúde. Estas características convergem para uma sociedade mais democrática em prol do desenvolvimento das potencialidades dos indivíduos e coletividade estando em concordância com os princípios e diretrizes da Promoção da Saúde.

5.1.3.2 Categoria: Estratégias metodológicas utilizadas nos grupos

Em três dos quatro municípios pesquisados, seis entrevistados destacaram que as estratégias metodológicas utilizadas eram constituídas de palestras, segundo a tendência pedagógica bancária, aplicadas a determinada população já predeterminada, ou seja, aos grupos de hipertensos/diabéticos, gestantes, idosos.

Segundo fala de um profissional, O2 “fica mais fácil a gente ter um roteiro do que vamos conversar com os pacientes, sobre problemas que nós vemos nas Unidades”. Já a E5 expõe que “(...) a gente faz a reunião em cima do que é pedido por eles (pacientes)”.

Como visto, essas palestras eram ministradas de forma impositiva, reforçando a tendência liberal tradicional, em que o profissional detém a verdade absoluta. Essas atividades eram realizadas prioritariamente para a prescrição de medicamentos de uso contínuo, bem como para transmitir as informações sobre hábitos alimentares saudáveis e importância da atividade física.

A realização de práticas focadas no modelo biomédico dificulta a construção do conhecimento mútuo, baseado na realidade vivida. Isso vem ao encontro das falas dos seis entrevistados, uma vez que há a passagem passiva de informações, do profissional para o paciente. Como fragilidades, ocorre a pouca adesão aos grupos, dificuldade de adesão ao tratamento, uma vez que estes poderiam ser fonte de troca de experiências entre pacientes e profissionais, de forma mais lúdica e recíproca.

Dois entrevistados apontam que desenvolvem atividades lúdicas com o grupo de atenção básica através da “troca de experiências”. Essa maneira facilita a expressão dos participantes sobre seus sentimentos, suas fraquezas e também sobre seu viver. Também é visto que há uma maior adesão aos grupos, com facilidade em acesso aos profissionais e com menos erro nos tratamentos, devido ao esclarecimento constante. Conforme cita E3: “Utilizo nos grupos como metodologia vídeos e também temos a parte lúdica, com teatros”.

A tendência pedagógica que podemos atribuir às atividades lúdicas propostas e realizada pelo profissional é a tendência Liberal

Renovada Progressivista, na qual há a motivação e a estimulação de problemas.

Segundo Freire, o elemento-chave de seu referencial é o diálogo. Os sujeitos, dialogando, aprendem a viver a vida em sociedade, participando como iguais e colaborando para criar e recriar o conhecimento social. Mediante sua teoria do conhecimento, pode-se impulsionar um pensar crítico e libertador para uma sociedade com mais equidade e justiça (FREIRE, 2000).

Na área da saúde, este referencial contribui para a construção de relações dialógicas entre os diversos atores do cenário de cuidado. As atividades, especialmente de promoção, direcionam para os indivíduos e o ambiente, através de políticas públicas que proporcionem o desenvolvimento da saúde e o reforço da capacidade do ser humano e da comunidade, ou seja, *empowerment* (BUSS, 2000).

5.1.3.3 Categoria: Dificuldades para realização dos grupos

Em três dos quatro municípios pesquisados, seis entrevistados destacaram que as estratégias metodológicas utilizadas eram constituídas de palestras, segundo a tendência pedagógica bancária, aplicadas a determinada população já predeterminada, ou seja, aos grupos de hipertensos/diabéticos, gestantes, idosos.

Segundo fala de um profissional, O2 “fica mais fácil a gente ter um roteiro do que vamos conversar com os pacientes, sobre problemas que nós vemos nas Unidades”. Já a E5 expõe que “(...) a gente faz a reunião em cima do que é pedido por eles (pacientes)”.

Como visto, essas palestras eram ministradas de forma impositiva, reforçando a tendência liberal tradicional, em que o profissional detém a verdade absoluta. Essas atividades eram realizadas prioritariamente para a prescrição de medicamentos de uso contínuo, bem como para transmitir as informações sobre hábitos alimentares saudáveis e importância da atividade física.

A realização de práticas focadas no modelo biomédico dificulta a construção do conhecimento mútuo, baseado na realidade vivida. Isso vem ao encontro das falas dos seis entrevistados, uma vez que há a passagem passiva de informações, do profissional para o paciente. Como fragilidades, ocorre a pouca adesão aos grupos, dificuldade de adesão ao tratamento, uma vez que estes poderiam ser fonte de troca de experiências entre pacientes e profissionais, de forma mais lúdica e recíproca.

Dois entrevistados apontam que desenvolvem atividades lúdicas com o grupo de atenção básica através da “troca de experiências”. Essa maneira facilita a expressão dos participantes sobre seus sentimentos, suas fraquezas e também sobre seu viver. Também é visto que há uma maior adesão aos grupos, com facilidade em acesso aos profissionais e com menos erro nos tratamentos, devido ao esclarecimento constante. Conforme cita E3: “Utilizo nos grupos como metodologia vídeos e também temos a parte lúdica, com teatros”.

A tendência pedagógica que podemos atribuir às atividades lúdicas propostas e realizada pelo profissional é a tendência Liberal Renovada Progressivista, na qual há a motivação e a estimulação de problemas.

Segundo Freire, o elemento-chave de seu referencial é o diálogo. Os sujeitos, dialogando, aprendem a viver a vida em sociedade, participando como iguais e colaborando para criar e recriar o conhecimento social. Mediante sua teoria do conhecimento, pode-se impulsionar um pensar crítico e libertador para uma sociedade com mais equidade e justiça (FREIRE, 2000).

Na área da saúde, este referencial contribui para a construção de relações dialógicas entre os diversos atores do cenário de cuidado. As atividades, especialmente de promoção, direcionam para os indivíduos e o ambiente, através de políticas públicas que proporcionem o desenvolvimento da saúde e o reforço da capacidade do ser humano e da comunidade, ou seja, empowerment (BUSS, 2000). A evidenciada foi a dificuldade para a realização dos grupos. Neste sentido, três entrevistados apontam a falta de tempo hábil para o planejamento dos grupos e consequente realização devido ao agendamento constante dos participantes, sem o devido espaço para realização dessas ações de Atenção Básica. Isto ocorre, principalmente pelo excesso de demanda, com 10 atendimentos por período, mais encaixes, sobrando pouco tempo para que os profissionais possam organizar as atividades de educação em saúde. Conforme expresso:

Os profissionais se encontram sobrecarregados de atividades, como atendimento de pacientes, preenchimento de fichas para produção, reuniões em Secretaria e também dentro da Unidade de Saúde. Essa fala diz que “(...) o que acontece é uma sobrecarga de trabalho. Eu ainda tenho uma energia porque comecei agora (...)” (P1).

Podemos observar que as agendas superlotadas e também a falta de recursos humanos, ocasiona aumento da demanda e consequentemente dificulta a realização dos grupos de Atenção Básica.

Para organizar as atividades educativas deve haver planejamento, o que requer tempo e dedicação.

Como fragilidades encontradas nos quatro municípios, em alguns mais especificamente, é a falta de tempo destinado para desenvolver grupos e também de compreensão do real sentido da Promoção da Saúde, sendo vista, muitas vezes, como algo obrigatório ou algo impositivo para os usuários da Atenção Básica. Percebemos que a visão dos profissionais ainda segue a tendência de uma pedagogia tradicional, onde o profissional transmite e o usuário escuta pacientemente. Assim, utilizam-se como estratégias metodológicas as palestras e atividades impostas.

5.1.3.4 Categoria: Capacitação dos profissionais

Destaca-se que das sete entrevistas realizadas não houve manifestação de estímulo de capacitação para ingressar na ESF. Apenas um entrevistado revelou que recebeu esse tipo de formação em município vizinho.

Uma profissional destacou utilizar metodologia que aprendeu na sua formação acadêmica e que o município em momento algum forneceu alguma capacitação para que pudessem atuar em Atenção Básica e tampouco com os grupos.

Fica evidente na fala da E4:

Não (recebeu capacitação), assim como em outros municípios também não recebi. Acho que é uma lacuna que a gente tem na ESF. Apesar da ESF já deve ter, acho que já tem uns 17 anos, acho que é um lacuna que tem essa questão de treinamento, capacitação e avaliação do funcionário que vai trabalhar dentro da ESF. A gente não tem avaliação nenhuma. (E4)

A falta de capacitação e incentivos para que os profissionais possam atuar nos grupos deve ser repensada pelos gestores municipais, uma vez que, esse procedimento implica na articulação das esferas municipais, estaduais e federais, para a melhor qualificação possível dos profissionais.

Pode-se abordar aqui a importância da educação continuada, uma vez que a mesma é considerada um componente essencial dos

programas de formação e desenvolvimento de recursos humanos dos municípios e instituições.

5.1.3.5 Discussão

Percebeu-se o empenho dos profissionais em realizar as atividades de grupo de Atenção Básica e a busca da população pela educação em saúde e o compromisso das equipes de Saúde da Família para desenvolver a Promoção da Saúde para melhoria da qualidade de vida.

Abrahão e Freitas (2009) citam que os grupos educativos na atenção básica tiveram um grande crescimento nos últimos anos por acolher os indivíduos de uma forma mais humanizada. Segundo Franco et al (2011), apresenta-se como um dispositivo com o potencial de contribuir para a promoção da saúde e da cidadania.

A prática grupal possibilita que tenhamos agregadas várias pessoas que são da mesma comunidade, que têm pensamentos e hábitos semelhantes, histórias de vida com fatos e valores parecidos. A chamada “caixa de ressonâncias”, como num violão: o que é dito ou expresso ressoa de alguma forma em mim e no outro; toca, afeta. Isso deve aparecer como tema, ser comentado, falado, experimentado no cerne do corpo–alma. A troca de experiências vislumbra a possibilidade de formar-se rede social e de suporte para o cotidiano, para o além- grupo (BRASIL, 2010).

Os profissionais em suas práticas priorizam, claramente, ações em que foram mais instrumentalizados como os atendimentos individuais pautados em procedimentos. Quando se arriscam a fazer grupos, com maior frequência os de caráter educativo, valem-se de palestras, metodologias expositivas, em geral, voltados para plateias imensas e que só teriam sucesso sob essa condição. Outros nem se arriscam a fazer grupos e se justificam dizendo que não têm a formação necessária, ou que é imprescindível que o grupo e o coordenador tenham orientação psicoterápica (BRASIL, 2010).

Segundo Witt (2005), a ação educativa na atenção básica ainda estabelece-se a partir de programações determinados verticalmente, ou ligada às ações permeando densamente as atividades que os profissionais de saúde realizam no âmbito das unidades. Essa visão mais verticalizada ainda é encontrada nas ações dos profissionais entrevistados, sendo reforçada pela imposição das Secretarias de Saúde em cumprir metas referentes aos marcadores de saúde.

Tal realidade reflete na dificuldade de adesão dos usuários nas atividades propostas, pois, como cita Franco et al (2011) se relaciona com práticas biomédicas e educativas coletivas tradicionais, apresentando, como já referido anteriormente, temas pré-definidos e relacionados aos temas de saúde identificados como prioritários pelo serviço e não pelos usuários.

Quanto à falta de tempo e sobrecarga de atividades, fato relatado pelos profissionais, as agendas dos serviços e os programas sanitários são organizados por atendimentos clínicos individuais e muitos profissionais relatam dificuldades em encontrar tempo para atuar em ações educativas, de grupos, visitas domiciliares, de prevenção e promoção, ou em atividades curativas e clínicas que poderiam ser realizadas de forma grupal e considerando interesses de coletivos e suas singularidades. (BRASIL, 2010).

Desse modo, os profissionais possuem pouco tempo destinado a essas atividades, tanto para executá-las, quanto para refletir e discutir com os parceiros e usuários sobre as ações. A prática grupal, na Atenção Básica no Brasil, tende a ser uma prática complementar, seja quando sobra tempo, seja quando há muita demanda, e não um componente importante da organização das práticas e do projeto terapêutico das pessoas (BRASIL, 2010).

Alguns grupos de Atenção Básica utilizam mais a tendência progressivista libertadora, com a valorização das experiências de todos e formação de grupos de discussão; outros grupos optam pela tendência liberal tradicional, onde os conhecimentos e valores sociais são acumulados e repassados como verdades absolutas.

Cabe ressaltar que na tendência progressivista libertadora as pessoas são encorajadas a tomar decisões a respeito de temas que possam melhorar suas vidas, solicitando a participação dos profissionais para interferir neste processo. A partir de tal concepção, as ideias de Paulo Freire passam a ter grande influência sobre a promoção da saúde, pois ele defende a emancipação dos indivíduos como um instrumento necessário e importante para a transformação da sociedade (FREIRE, 2000).

Com relação à capacitação/educação continuada dos profissionais que atuam na Atenção Básica, torna-se importante definir um modelo de política de formação/capacitação e educação em saúde para os recursos humanos ao lado de um modelo de gestão. As capacitações na área da saúde devem ser consideradas estratégicas para a consolidação do SUS, podendo constituir-se num espaço concreto de construção de

competência técnica, política, e ética para o fortalecimento dos recursos (Melo; NASCIMENTO, 2003).

5.1.4 Considerações finais

Com este estudo percebemos que há dificuldade em se realizar grupos de Atenção Básica. Essa vem do pouco esclarecimento sobre o real significado de grupo e também sobre uma agenda mais voltada aos atendimentos de doenças crônicas de acordo com os protocolos estabelecidos pela Política de Atenção Básica.

Como forma de minimizar a insuficiente participação dos grupos de Atenção Básica, podemos propor ações de capacitação, educação permanente dos profissionais sobre as mais diversas temáticas encontradas e também sobre uma forma mais lúdica e participativa de grupo.

Além disso, sugerimos que as ações dos profissionais não se atenham as terapêuticas medicamentosas. Os profissionais como os terapeutas ocupacionais, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, enfermeiros, odontólogos desenvolvem habilidades para o trabalho com grupos desde a graduação, mesmo não recebendo a devida formação quando olhamos a grade curricular das profissões da saúde.

Outro ponto levantado foi a agenda proposta pelas coordenações municipais que se mantém de maneira superlotada, com pouco ou nenhum espaço para grupos. Cabe aos gestores locais, juntamente com os profissionais, a conscientização de que esse espaço é de fundamental importância para formulação de vínculo e também para facilitar o diálogo entre profissionais/gestores e usuários. Outro ponto a ser repensado e revisto é a avaliação que os profissionais da ESF recebem, através de sua produção mensal. Profissionais que não conseguem atingir a meta proposta pelo município de atendimentos individuais são criticados e advertidos. Contudo, alguns profissionais já apresentam uma visão diferenciada da importância e também do manejo de um grupo de Atenção Básica. Apontam resultados positivos quanto à participação da população e para seu próprio aprendizado, sendo uma constante troca de experiências.

Como fragilidades podemos considerar a falta de tempo para realização dos grupos e também o receio de não realizar e conduzir os grupos de Atenção Básica da maneira mais ativa possível. Outro fator que dificulta o trabalho dos profissionais é o não apoio (ou apoio insuficiente) dos gestores. Como potencialidades podemos citar a

conscientização dos profissionais quanto a importância dos grupos e também de atividades de Promoção da Saúde, bem como um bom entendimento de como devem auxiliar a população frente aos diversos agravos.

O objetivo principal dessa pesquisa foi alcançado, uma vez que podemos identificar as atividades desenvolvidas pela equipe de saúde direcionadas à promoção da saúde e em suas respectivas comunidades para realizá-las.

Como limites podemos destacar a dificuldade citada pelos entrevistados em receber apoio em suas ações de grupos de Atenção Básica, seguidos de superlotação das agendas, com pouco ou nenhum espaço para a realização das atividades em grupo. Recomendamos uma maior sensibilização e atenção pelos gestores e também pelas coordenações de Unidades de Saúde, para que compreendam a importância dos grupos de Atenção Básica e seu respectivo espaço nas agendas e rotinas dos profissionais.

5.1.5 Referências

ABRAHÃO, A.L.; FREITAS, C.S.F. Modos de cuidar em saúde pública: o trabalho grupal na rede básica de saúde. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 3, n.17, p. 436-441, jul/set. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família, Promoção da Saúde**. 2006a. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/psf/> Acesso em 01 de junho de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006b.

_____. Ministério da Saúde, **PORTARIA Nº 154 DE 24 DE JANEIRO DE 2008**, disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/nasf.php> Acesso em 01 de junho de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização. Atenção Básica** – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 256 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS ; v. 2)

BUSS, PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5(1): 163-177 2000.

DIAS, VP; SILVEIRA DT, WITT, RR. Educação em saúde: o trabalho de grupos na atenção primária. **Revista APS**, v. 12, p. 221-227, abr./jun. 2009.

FRANCO, T. A. V.; SILVA, J.L. L.; DAHER, D. V. Educação em saúde e a pedagogia dialógica: uma reflexão sobre grupos educativos na atenção básica. **Informe-se em promoção da saúde**, v.7, n.2.p.19-22, 2011.

FREIRE P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 15ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

KOHLRAUSCH. E. et al. Relacionando os modelos assistenciais e as Tendências pedagógicas em saúde: subsídios Para a ação educativa da enfermeira. **Revista gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.20, n. esp., p.113-122, 1999.

MEDEIROS, B; SILVEIRA, JLGC. Educação em saúde: representações sociais da comunidade e da equipe de saúde. **Dynamis** revista tecnocientífica (out-dez/2007) vol.13, n.1, 120 -126.

MELO MLC, NASCIMENTO MAA. Treinamento introdutório para enfermeiras dirigentes: possibilidades para a gestão do SUS. **Revista Brasileira de Enfermagem** 2003 nov-dez; 56(6): 674-677.

MINAYO, M. C. S.; SANCHEZ R. Niskier. Violência contra Crianças e Adolescentes: questão Histórica, Social e de Saúde. In: **Violência faz mal à saúde**. Organizado por Cláudia Araújo de Lima. Brasília: Ministério da Saúde, 2004

MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 29 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

PEREIRA, A.L.F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(5):1527-1534, set-out, 2003

WITT, R. R. Competências da enfermeira na atenção básica: contribuição à construção das funções essenciais de Saúde Pública. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a finalização dessa pesquisa, podemos constatar que o objetivo traçado no início dos trabalhos, conhecer as ações de promoção da saúde do enfermeiro e da equipe inseridos na Atenção Básica, de quatro municípios da Grande Florianópolis, foi alcançado com êxito, uma vez que podemos ver as ações dos enfermeiros e profissionais da equipe multiprofissional frente às concepções de promoção da saúde e como atuam em suas respectivas comunidades para realizá-las.

Dentre as estratégias da Carta de Ottawa, podemos fortalecer a estratégia de “desenvolvimento de habilidades pessoais”, uma vez que é utilizada nos grupos de Atenção Básica, com a divulgação das informações e educação em saúde, realizadas em escolas, lares e espaços comunitários. Porém as demais estratégias, sendo elas, reorientação dos serviços de saúde, criação de ambientes favoráveis, políticas públicas saudáveis e reforço da ação comunitária se fazem presentes também na rotina dos profissionais da Atenção Básica.

A metodologia utilizada possibilitou a aproximação com os profissionais, uma vez que a coleta dos dados deu-se no ambiente de trabalho. Em um município houve dificuldade em relação ao tempo para realizar as entrevistas, pois os profissionais dispunham de pouco espaço na agenda. Contudo, essa metodologia propiciou uma troca de saberes entre entrevistadora e entrevistados.

Com respeito aos objetivos específicos, o objetivo de caracterizar as Unidades de Saúde e identificar os Grupos de Atenção Básica existentes em quatro municípios da grande Florianópolis, logrou êxito, pois foi possível caracterizá-los, quanto ao número, frequência e metodologia proposta, o que permeia outro objetivo, que era de identificar as tendências pedagógicas nas ações de Promoção da Saúde pelas equipes de Atenção Básica. Com base nas entrevistas, viu-se que as tendências pedagógicas encontram-se divididas, alguns grupos de Atenção Básica utilizam mais a tendência progressivista libertadora, com a valorização das experiências de todos e formação de grupos de discussão; outros grupos optam pela tendência liberal tradicional, na qual os conhecimentos e valores sociais são acumulados e repassados como verdades absolutas.

Quanto ao objetivo de conhecer a inserção do enfermeiro e da equipe multiprofissional existente, viu-se, através do contato direto com os profissionais de saúde das mais diversas áreas que ainda há dificuldade em se realizar grupos de Atenção Básica. Aponta-se como dificuldade o pouco esclarecimento sobre o real significado de grupo e

também sobre agenda mais voltada ao atendimento com horário marcado.

Outro ponto levantado foi a agenda superlotada, com pouco ou nenhum espaço para grupos. Contudo, alguns profissionais tomaram consciência mais aguçada da importância e manejo de um grupo de Atenção Básica. Apresentaram e apresentam resultados positivos quanto à participação popular e para seu próprio aprendizado, sendo constante troca de experiências.

Como forma de minimizar essa baixa frequência de grupos de Atenção Básica, propomos ações de capacitação, educação permanente dos profissionais sobre as mais diversas temáticas encontradas na realidade em que atuam e também sobre uma forma mais lúdica e participativa de grupo, voltadas para uma tendência progressivista libertadora.

Cabe aos gestores locais, juntamente com os profissionais, a conscientização de que esse espaço de realização de grupos é de fundamental importância para formulação de vínculo e também para facilitar o diálogo entre profissionais/gestores e usuários.

Diante disso, elencou-se fragilidades e fortalezas encontradas durante as entrevistas com os profissionais. Como fragilidades podemos considerar a falta de tempo para realização dos grupos e também o receio de não realizar e conduzir os grupos de Atenção Básica da maneira mais ativa possível. Outro fator que dificulta o trabalho dos profissionais é o não apoio (ou apoio insuficiente) dos gestores. Como potencialidades podemos citar a conscientização dos profissionais quanto a importância dos grupos e também de atividades de Promoção da Saúde, bem como o bom entendimento de como devem auxiliar a população frente aos diversos agravos.

Abordando a revisão integrativa, que tinha como objetivo principal analisar na base de dados os conceitos e estruturas metodológicas de estudos que abordam as atividades de grupos na Atenção Básica pelas equipes multiprofissionais de saúde, houve discrepância entre os achados. Apenas três artigos ressaltaram uma abordagem mais participativa da população. Mesmo com várias ações e planos do Ministério da Saúde ainda encontramos uma visão mais autoritária de como deve ser a educação em saúde e as atividades de grupo de Atenção Básica.

Este estudo apresenta relevância, pois exprime a concepção de Promoção da Saúde das equipes multiprofissionais e também sua forma de atuação nos grupos de Atenção Básica. As entrevistas realizadas geram informações importantes sobre o funcionamento e entendimento

dos profissionais frente à temática Promoção da Saúde, que podem servir de fonte de reflexão para nós, pesquisadores e também para os que atuam em Atenção Básica. Aponta também uma fragilidade quanto ao apoio encontrado dentro dos municípios, sendo pouco estimulada a continuidade dos grupos pelos gestores locais.

Compreende-se como recomendação deste estudo expandir para outros profissionais, bem como para gestores e usuários do SUS, o que mostra a importância de continuidade de pesquisas sobre a temática.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L.O.M; BARRETO, I.C.H.C.; PAULA, J.B. Promoção da saúde: aspectos históricos e conceituais. In: **Promoção da saúde no contexto da estratégia saúde da família**. Organiz. Catrib, AMF; Dias, MSA; Frota, MA. Campinas, SP: Saberes Editora, 2011

AYRES, J.R.C.M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface Comum Saúde Educ.** 2004 Fev; 8 (14): 73-92

BRASIL. Ministério da Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília; 1990

_____. Ministério da Saúde. **Promoção da saúde: Carta de Ottawa: Declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá**. Trad de LE Fonseca. Brasília; 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial**. Brasília (DF): MS; 1997.

_____. Ministério da Saúde. **Projeto promoção da saúde: cartas e declarações das conferencias internacionais de promoção da saúde**. Brasília, 2001. 55 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto promoção da saúde. **As cartas de promoção da saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família, Promoção da Saúde**. 2006b. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/psf/> Acesso em 01 de junho de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006c.

_____. Ministério da Saúde, **PORTARIA Nº 154 DE 24 DE JANEIRO DE 2008**, disponível em

<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/nasf.php> Acesso em 01 de junho de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização. Atenção Básica** – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 256 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS ; v. 2)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

BONI, V.; QUARESMA S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica Em Tese**, v.2, n.1(3), p. 68-80, 2005. Disponível em: <<http://www.emtese.ufsc.br>>. Acesso em: 23 ago. 2008.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5(1): 163-177, 2000.

_____. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D, organizador. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

CARTA DE OTTAWA. Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde; novembro de 1986; Ottawa; Ca. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. p. 19.

DIAS, VP; SILVEIRA DT, WITT, RR. Educação em saúde: o trabalho de grupos na atenção primária. **Revista APS**, v. 12, p. 221-227, abr./jun. 2009.

FERREIRA, L S. **Educação & História**. Ijuí, Editora Unijui, 2001.

FERREIRA, Vanessa A.; MAGALHAES, Rosana. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v.

23, n. 7, July 2007 Disponível em
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000700019&lng=en&nrm=iso acesso em 26 Ago. 2013

GERMANO, RM. O ensino de enfermagem em tempos de mudança
Rev Bras Enferm 2003; 56(4): 365-8.

HEIDEMANN, I. T. S. B. et al. Promoção à saúde - trajetória histórica de suas concepções. **Texto Contexto Enferm.**, v.15, n.2, p.352-8, 2006.

HEIDEMANN, I.T.S.B. **Possibilidades e limites para implantação da política de promoção da saúde na atenção básica:** investigação de questões problemas. Edital MCT/CNPq N° 014/2010 – Universal – Faixa A. FLORIANÓPOLIS. Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Florianópolis, 2010.

IERVOLINO, AS; PELICIONI, MCF. Capacitação de professores para a promoção e educação em saúde na escola: relato de uma experiência.
Rev Bras Cresc Desenv Hum; 15(2):99-110, 2005

LIBÂNEO, J. “Ainda as perguntas: o que é pedagogia, quem é o pedagogo, o que deve ser o curso de Pedagogia” IN: PIMENTA, S. G. (Org.) **Pedagogia e pedagogos:** caminhos e perspectivas. São Paulo: Cortez, 2002.

MATTA, G.C; MOROSINI, M.V.G. **Atenção Primária à Saúde.** Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola de Saúde Joaquim Venâncio. 2009.

MEDEIROS, B; SILVEIRA, JLGC. Educação em saúde: representações sociais da comunidade e da equipe de saúde. **Dynamis revista tecnológica** (out-dez/2007) vol.13, n.1, 120 -126.

MENDES, I.A.C. Desenvolvimento e Saúde: A Declaração de Alma-Ata e Movimentos Posteriores. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.** 2004.

MINAYO, M.C. de S. (Org.). **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 22. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

MINAYO, M. C. S. (org.). **PESQUISA SOCIAL: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MINAYO, M. C. S.; SANCHEZ R. Niskier. Violência contra Crianças e Adolescentes: questão Histórica, Social e de Saúde. In **Violência faz mal à saúde**. Organizado por Cláudia Araújo de Lima. Brasília: Ministério da Saúde, 2004

OLIVEIRA, DL. A ‘nova’ saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Rev Latino-am Enfermagem**. Maio-Jun;13(3):423-31, 2005

OLIVEIRA, G.N. **O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde**. São Paulo: Hucitec, 2008

OSÓRIO, LC. **Psicologia grupal: uma nova disciplina para o advento de uma era**. Porto Alegre (RS): Artmed; 2003.

PEREIRA, A.L.F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n.5, p. 1527-1534, set/out. 2003.

POLIT DF, BECK CT. Using research in evidence-based nursing practice. In: Polit DF, Beck CT, editors. **Essentials of nursing research**. Methods, appraisal and utilization. Philadelphia (USA): Lippincott Williams & Wilkins; P 457-94, 2006.

RESTREPO, H.E. e MÁLAGA, H. **Promoción de la salud: cómo construir vida saludable**. Bogotá: Editorial Medica Panamericana, 2001.

ROMAN, AR, FRIEDLANDER, MR. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. **Cogitare Enferm**. 1998 jul-dez; 3(2): 109-12

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. Trad. Marcos Fernando da Silva Moreira. São Paulo: Hucitec/Editora da Universidade Estadual Paulista; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1994.

SANTOS, RF. **Tendências pedagógicas: o que são e para que servem**. Disponível em < www.educacaopublica.rj.gov.br >. Publicado em 17 de abril de 2012. Acesso em 10 de abril de 2013.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Tratado de Enfermagem médico cirúrgica**. 8. Ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 1998. p. 34-43.

STOTZ, EM. A educação popular nos movimentos sociais da saúde: uma análise de experiências nas décadas de 1970 e 1980. **Trabalho, educação e saúde**. 2005; 3(1): 9-30.

TAVARES, MFL, ZANCAN, L, CARVALHO, AI. Promoção da saúde como política e a Política Nacional de Promoção da Saúde. In: Gondim R, Graboys V, Mendes Junior WV, organizadores. **Qualificação dos Gestores do SUS**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; 2011.

THIESEN, J.S. A interdisciplinaridade como um movimento de articulação no processo ensino-aprendizagem. **PetCursos**. Florianópolis, v.8,n. 1, p. 87-102, jan/jun 2007.

TORRES, H.; HORTALE, V.A; SCHALL, V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1039-1047, jul/ago. 2003.

VASCONCELOS, E.M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. 2.ed. São Paulo: Sobral, Hucitec-Uvas, 2001. p.29-31.

VERAS, MSC, SEKULIC, E, SABÓIA, VPA, ALMEIDA, MI. Educação em saúde e a promoção de saúde bucal: marcos conceituais, teóricos e práticos na odontologia. **Rev odontologia UNICID** 2003; 15(1): 55-61.

VIANNA, ALA; DAL POZ, MR. **Estudo sobre o processo de reforma em saúde no Brasil**. (RJ): Abril; 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Ottawa charter for health promotion**. Geneve: WHO; 1986.

APÊNDICES

8.1 APÊNDICE I

Parte II: Programa de Saúde

Descrição das ações realizadas em subprogramas (grupos) ou atividades.

OBJETIVO 03:

1.3 Roteiro de entrevista individual com o enfermeiro e com membro da equipe multiprofissional.

- **Identificação do Participante:**

Sexo: M () F ()

Vínculo: _____

Tempo de atividade: _____

Formação específica (ou complementar): _____

- **Sobre os Grupos de Atenção Básica:**

1. Qual tipo de formação você recebeu para realizar as atividades de grupo?
2. Quais são suas atribuições enquanto enfermeiro/profissional da equipe multiprofissional nos grupos de Atenção Básica?
3. Qual metodologia você adota na condução dos grupos?
4. Como emergem os temas para o desenvolvimento do grupo?
5. Quais são os assuntos incluídos nas ações do planejamento do grupo?
6. Quais os resultados alcançados com o desenvolvimento do grupo?

8.2 APÊNDICE II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esclarecimentos que serão compartilhados com os profissionais.

Nome da pesquisa: Possibilidades e limites para implantação da política de promoção da saúde na atenção básica: investigação de questões problemas.

Pesquisadora coordenadora: Profa Dra Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann

Email ivonete@nfr.ufsc.br fone: (48) 32049283 84213514

Esta pesquisa tem por objetivo caracterizar as unidades de saúde e identificar a incorporação das ações de promoção da saúde do enfermeiro e da equipe multiprofissional inserido na Atenção Básica, na região da grande Florianópolis SC. O estudo pretende contribuir para a Estratégia de Saúde da Família - ESF identificando as principais ações de promoção da saúde desenvolvidas pelo enfermeiro nos grupos de educação em saúde. Neste sentido, solicitamos a permissão para a coleta de dados com os enfermeiros da ESF e equipe multiprofissional selecionados. Gostaríamos de convidá-lo a participar desta pesquisa respondendo as perguntas de um formulário através da entrevista que será gravada e poderá ter duração de trinta a quarenta e cinco minutos. Seu anonimato será garantido, não sendo colocados dados de identificação em todos os documentos da pesquisa.

Pelo presente consentimento informado declaro que fui esclarecido (a), de forma clara e detalhada livre de qualquer forma de constrangimento e coerção dos objetivos da justificativa e benefícios do presente projeto de pesquisa.

Os dados desta pesquisa serão arquivados sob a responsabilidade do coordenador da pesquisa e serão utilizados somente na elaboração de relatórios e publicação de artigos científicos.

Lembramos que as informações fornecidas ficarão no mais absoluto sigilo. Você, profissional da Unidade Local de Saúde, terá liberdade total de se recusar a participar da pesquisa.

Assim, eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar de maneira livre e voluntária do desenvolvimento desta pesquisa. Estou ciente que as informações por mim fornecidas serão tratadas de forma anônima.

Florianópolis, ____ de _____ de 2013.

Assinatura do sujeito da pesquisa

Assinatura da coordenadora da pesquisa

Qualquer dúvida ou outras informações em relação à pesquisa poderão ser esclarecidas em contato pelos telefones abaixo ou pessoalmente.

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Responsável pela Pesquisa: Karine Patricia Stulp

Telefone/endereço eletrônico para contato: (48) 8452-3605 / kastulp@gmail.com

Orientadora: Profa. Dra. Ivonete Teresinha Schüller Buss Heidemann

Telefone/ endereço eletrônico para contato: (48) 3721-9480 / ivonete@nfr.ufsc.br

Assinatura das responsáveis pela pesquisa:

Mda. Karine Patricia Stulp

Profa. Dra. Ivonete T. Schüller Buss Heidemann

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, _____ (participante do estudo), fui esclarecido sobre a pesquisa acima e concordo em colaborar de maneira livre e voluntária do desenvolvimento desta pesquisa.

Endereço: _____




Telefone para contato: () _____

Florianópolis, ____ de _____ de 2013.

Assinatura do participante da pesquisa

NOTA: Este consentimento será assinado em 2 vias: uma ficará com a pesquisadora e a outra com o próprio participante.

8.3 APÊNDICE III

 <p>Universidade Federal de Santa Catarina</p>	 <p>PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM</p>  <p>Programa de Pós-Graduação em Enfermagem</p>
PROTOCOLO PARA REVISÃO INTEGRATIVA	
I. RECURSOS HUMANOS:	
<p>Pesquisadores: Mda. Karine Patricia Stülp ¹(pesquisadora responsável), Profa Dra. Ivonete Teresinha Buss Heidmann ² (pesquisadora orientadora)</p>	
II. PARTICIPAÇÃO DOS PESQUISADORES*:	
<ul style="list-style-type: none"> - Elaboração protocolo: 1,2 - Revisão do protocolo: 2 - Busca e seleção dos estudos (resumos): 2 - Pré-análise crítica dos estudos (resumos) definição dos trabalhos completos: 1,2 - Busca dos estudos (trabalho completo): 1,2 - Leitura flutuante e coleta de dados dos estudos selecionados (tabela específica): 1,2 - Revisão dos trabalhos completos e dados coletados (tabela): 1,2 - Análise e síntese dos dados: 1,2 - Revisão da análise e síntese dos dados: 2 - Elaboração do artigo de revisão integrativa: 1,2 	
* Os números condizem ao nome dos pesquisadores apresentados no item anterior.	
III. VALIDAÇÃO EXTERNA:	
<p>– Avaliador sobre o tema: Profa Dra Marta Inês Machado Verdi</p>	
IV. PERGUNTA: Como as atividades de grupo na Atenção Básica são desenvolvidas pelas equipes multiprofissionais de saúde, de acordo com a literatura científica?	
V. OBJETIVO: Analisar os conceitos e estruturas metodológicas de estudos que abordam as atividades de grupo na Atenção Básica pelas equipes multiprofissionais de saúde.	
VI. DESENHO DO ESTUDO: Pesquisa exploratório-descritiva, em base documental, de natureza qualitativa, baseada nos pressupostos da revisão integrativa de literatura (Ganong, 1987). As etapas serão conduzidas a partir de:	
<ol style="list-style-type: none"> 1) Escolha da pergunta de pesquisa; 2) Definição dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos; 3) Inclusão dos estudos selecionados em formato de tabela construída a partir do Microsoft Excel, organizados por ano; 	

4) Discussão e análise dos resultados, apresentando a análise de conteúdo de Minayo (2004).

Apresentação do estudo em forma de artigo científico.

VII. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO: Artigos derivados de pesquisas; Estudos que abordam as ações de Promoção/Educação em Saúde pela equipe multiprofissional; Idioma: Inglês, Português e Espanhol; Período: 2007 a 2012; Artigos completos publicados em periódicos científicos disponibilizados gratuitamente online.

VIII. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO: Trabalhos cujo tema seja apresentado como recomendação nos resultados e conclusões ou esteja apresentado apenas na revisão de literatura ou referencial teórico repetidos. Além de resumos de teses e dissertações e relatos de experiências.

IX. ESTRATÉGIAS DE BUSCA:

a) **Descritores:** promoção da saúde *and* equipe multiprofissional *or* educação em saúde *or* grupo.

b) **Bases de Dados:** LILACS, SCIELO

X. COLETA DOS DADOS: A busca dos artigos será realizada com o acesso na base de dados supracitada, via acesso portal de periódicos CAPES/UFSC. Todos os trabalhos encontrados serão submetidos à próxima etapa deste protocolo. Os dados serão coletados nas bases de dados mencionadas acima, utilizando os respectivos descritores. Primeiramente, será realizada a leitura flutuante dos resumos para verificar se estão enquadrados na temática proposta para este estudo; após, os manuscritos selecionados serão lidos na íntegra e armazenados no programa Endnote.

XI. ANÁLISE DOS DADOS: A análise de dados será realizada a partir dos passos metodológicos de Minayo e baseado no referencial teórico da Promoção da Saúde.

XII. INFORMAÇÕES A SEREM EXTRAÍDAS: Autoria; Ano de publicação; Revista; Base de dados; Descritores; Conceitos; Objetivo; Estruturas Metodológicas; Principais resultados.

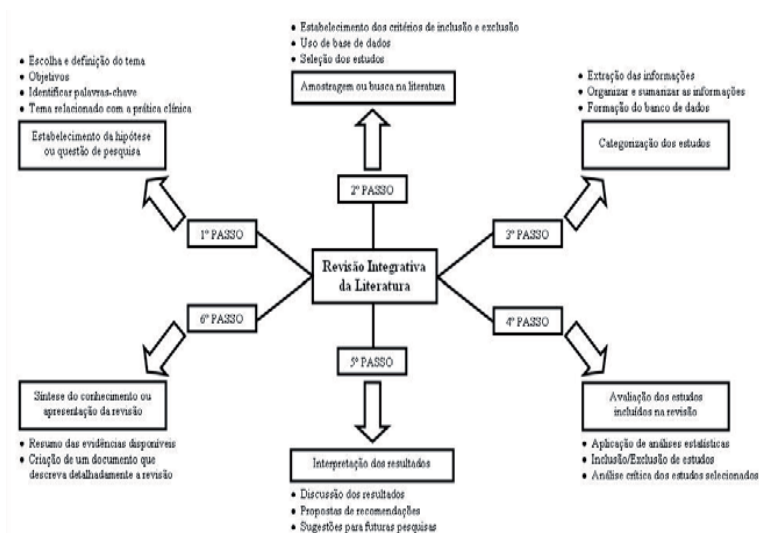
XIII. DIVULGAÇÃO: Manuscrito em revista indexada.

XIV. CRONOGRAMA:

Atividade	Período					
	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Elaboração protocolo	X					
Validação do protocolo		X				
Busca e seleção dos estudos		X	X			
Coleta e organização dos dados(matriz)			X	X		
Análise dos dados coletados				X	X	
Síntese dos dados					X	
Elaboração artigo revisão integrativa, trabalho para eventos		X	X	X	X	X


ANEXOS

9.1 ANEXO I



Fonte: Mendes; Silveira; Galvão. 2008, p. 761

9.2 ANEXO II



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pro-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CERTIFICADO Nº 2368

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584-GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

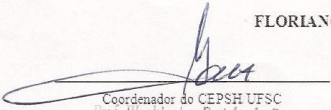
APROVADO

PROCESSO: 2368 FR: 476682

TÍTULO: Possibilidades e limites para implantação da política de promoção da saúde na atenção básica: investigação de questões problemáticas

AUTOR: Ivonete Teresinha Schuler Buss Heidemann, Ivonete Teresinha Schüller Buss Heidemann Antonio de Miranda Wosny Astrid Eggert Boehs Maria Fernanda Bacta Neves Alonso da Costa Janaina Medeiros de Souza Maria Francisca dos Santos Daussy Karine Stulp Jamila Gabriela Marchi Huiana Cristine Lucca

FLORIANÓPOLIS, 13 de Dezembro de 2011.


Coordenador do CEPSH UFSC
Prof. Washington Portela de Souza
Coordenador do CEP/PRPe/UFSC